

# КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ИНФЕКЦИОННЫЙ ПАНКАРДИТ У ПОТРЕБИТЕЛЯ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ

## CLINICAL CASE: INFECTIOUS PANCARDITIS IN AN INJECTING DRUG USER

**V. Vikentev  
D. Sapunova**

*Summary.* Injecting drug users constitute a special group of patients with infective endocarditis in several classifications, which is characterized by a frequent fatal outcome. Difficulties in timely diagnosis of the most studied infectious endocarditis in injecting drug users are associated with a small sample of observations, atypicality and polymorphism of signs, which forms a contradictory clinical picture. A history of intravenous drug use is a significant criterion for the diagnosis of infectious endocarditis, which indicates a possible route of infection in patients with fever. Infectious endocarditis in injecting drug users is characterized by both damage to the myocardial valves and the parietal endocardium. The article provides a clinical analysis of a rare case of infectious pancarditis, which is a combination of endo-, myo- and pericarditis, against the background of cardiomyopathy in a young patient with drug addiction diagnosed postmortem, where the course of the disease at the beginning was marked by a pattern of community-acquired pneumonia.

*Keywords:* infectious pancarditis, parietal endocarditis, injecting drug user, atypical and polymorphic signs.

**Викентьев Вячеслав Викторович**

Кандидат медицинских наук, ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России (г. Москва)

[vvikentiev@mail.ru](mailto:vvikentiev@mail.ru)

**Сапунова Дарья Александровна**

Кандидат медицинских наук, ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России (г. Москва)

[sapunova\\_darya@mail.ru](mailto:sapunova_darya@mail.ru)

*Аннотация.* Потребители инъекционных наркотиков составляет особую группу пациентов с инфекционным эндокардитом в нескольких классификациях, которая отличается частым летальным исходом. Трудности в своевременной диагностики наиболее изученного инфекционного эндокардита у потребителей инъекционных наркотиков связаны с малой выборкой наблюдений, атипичностью и полиморфностью признаков, что формирует противоречивость клинической картины. Анамнез использования внутривенных наркотиков — значимый критерий для диагноза инфекционного эндокардита, который указывает на возможный путь инфицирования у пациентов с лихорадкой. Инфекционный эндокардит у инъекционных наркоманов характеризуется как поражением клапанов миокарда, так и пристеночного эндокарда. В статье приводится клинический разбор редкого случая инфекционного панкардита, что является совокупностью эндо-, мио- и перикардита, на фоне кардиомиопатии у молодого пациента с наркотической зависимостью, диагностированного постмортально, где течение заболевания в начале ознаменовалась картиной внебольничной пневмонии.

*Ключевые слова:* инфекционный панкардит, пристеночный эндокард, потребитель инъекционных наркотиков, атипичность и полиморфность признаков.

## Введение

В настоящее время инфекционный эндокардит определяется как тяжелое воспалительное заболевание инфекционного генеза с преобладающим поражением клапанов сердца, иногда пристеночного эндокарда и магистральных сосудов, течение которого проходит по типу сепсиса с бактериемией, иммунными отклонениями и осложнениями. Часть когорты пациентов с инфекционным эндокардитом представлена потребителями инъекционных наркотиков, где нередко эта нозология заканчивается летальным исходом [1].

Наркозависимость в России остается серьезной медико-социальную проблему современности, особенно среди представителей молодого возраста. У потребителей инъекционных наркотиков как причины, повреждающими клапанный и пристеночный эндокард при инфекционном эндокардите, выделяют мельчайшие

воздушные пузырьки при частых внутривенных инъекциях, твердые частицы наркотика и веществ для его фильтрации [2]. Отечественные авторы отмечают, что инфекционный эндокардит у потребителей инъекционных наркотиков зачастую выделен в особую форму в нескольких классификациях, при этом по причине разнообразности проявлений и малой выборке наблюдений формируется противоречивость в клинической картине и диагностике [3].

В клиническом разборе истории болезни пациента Э. 30 лет с наркотической зависимостью приводятся особенности течения инфекционного панкардита как у потребителя инъекционных наркотиков.

## Клинический случай

Пациент Э., 38 лет, 14.03.2018 бригадой скорой медицинской помощи доставлен в многопрофильный ста-

ционар Ростовской области с диагнозом — острая внебольничная пневмония. В период времени с 14.03.2018 по 09.04.2018 (26 койко-дней) пациент Э. проходил стационарное лечение в терапевтическом отделении.

При поступлении отмечались жалобы на жажду, сухость, повышение температуры тела 39,0°C, боли в грудной клетке слева, одышку. Анамнез заболевания: Ухудшение состояния в течение недели, когда появились вышеуказанные жалобы — постоянно отмечалась высокая температура, нарастала общая слабость. Анамнез жизни: Tbs, вирусный гепатит, травмы, операции, сахарный диабет, гемотрансфузии — отрицает. Опиная наркомания — последняя инъекция наркотиков около 2-х недель назад. Наследственность и аллергологический анамнез не отягощены. Объективное исследование: Общее состояние средней степени тяжести. В сознании. Питание повышенное. Костно-мышечная система без видимой патологии. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Зев спокоен. Отсутствие периферических вен. В паху — следы не медицинских инъекций, справа имеются следы от множественных в/в инъекций («шахта»). Температура тела 39,1°C. Отеки: нет. Органы дыхания: перкуторно — легочной звук, аускультативно — дыхание жесткое, хрипы влажные справа, ЧДД 18 в минуту, сатурация 97 %. Тоны сердца приглушены. АД 140/80 мм рт. ст., ЧСС 92 в минуту. Язык чистый, влажный. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный. Пе-

чень не увеличена, безболезненная, поверхность гладкая. Селезенка не пальпируется. Стул оформлен. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный. Диурез достаточен.

Результаты обследования от 14.03.2018 г. — см. таблицы 1, 2, 3, 4, 5.

Диагноз на 14.03.2018: Внебольничная правосторонняя пневмония средней степени тяжести. Осложнение: ДН I-0 ст. Ожирение. Наркомания.

Лечение: режим п/п, диета ОВД. ВК 28/13 от 09.01.2018. Эритромицин 0,2 + физ. р-р 250,0 в/в кап. 2 р/д. Цефтриаксон 2,0 + лидокаин 2 % 2,0 в/м 1 р/с. Амброксол 30 мг 1 т. х 3 р/д. Гепарин 5000Ед п/к 2 р/д.

Лабораторные и инструментальные исследования: см. таблицы 1, 2, 3, 4, 5.

Эхокардиография от 16.03.2018 — Заключение: Патологических потоков не выявлено. Недостаточность митрального клапана 1 ст. Недостаточность трикуспидального клапана 1 ст. Полости сердца не расширены. Показатели сократимости в норме. Вегетации не выявлено.

Таблица 1.

Клинический анализ крови

Показатель(норма) ед.изм/ дата	14.03	15.03	16.03	23.03	03.04	14.04	24.04	04.05	05.05
Эритроциты (3,5–5,5)*10 <sup>12</sup> /л	5,25	5,28	4,99	4,10	4,61	4,82	3,93	2,94	3,03
Гемоглобин (110–160) г/л	153	152	145	119	129	135	113	82	84
Гематокрит (37–54) %	—	49,1	47	39,2	44	39	—	—	24
Лейкоциты (4,0–10,0)*10 <sup>9</sup> /л	8,08	8,53	6,49	9,73	4,18	7,19	12,5	10,86	13,4
Эозинофилы (0,02–0,5)	—	0	0	0	0	—	1	—	—
Нейтрофилы (2–7)	—	7	4	8	2	—	—	—	—
палочкоядерные	16	7	4	10	5	12	15	20	—
Сегменто-ядерные	74	76	66	71	48	75	78	62	—
базофилы (0–1)	—	01	0	0	0	—	—	—	—
лимфоциты (0,8–4)	8	0,85	14	0	1	10	5	15	—
моноциты (0,12–1)	2	1	0	0	1	3	1	3	—
Тромбоциты (100–300)*10 <sup>9</sup> /л	168	177	211	269	180	145	202	—	82
Тромбокрит (1,08–2,82) мл/л	—	1,81	2,02	2,11	1,59	—	—	—	—
СОЭ мм/час	40	50	50	40	48	25	—	—	—
Цветной показатель	—	0,92	0,94	0,95	0,95	0,82	—	—	—

Таблица 2.

## Клинический анализ мочи

Показатель (норма) ед.изм./ дата	14.03	14.04	24.04	04.05
Цвет	Светло-желтый	Бурая	Желтый	Темно-желтый
Прозрачность	Неполная	Неполная	Неполная	Мутная
Удельный вес	1025	1030	1030	
pH	кислая	кислая	кислая	6,0
Белок (г/л)	0,033	0,066	0,033	0,099
Осадок	незначительно	есть	есть	есть
Лейкоциты	18–20	8–10	7–9	25–30
Эритроциты	3–4	1–2	Неизм. много	Незначит.
Эпителий плоский	2–3	немного	3–5	4–7
Кетоновые тела	abs	abs	+	—
Уробилиноиды	abs	abs	++	—

Таблица 3.

## Биохимический анализ крови

Показатель(норма) ед.изм./дата	14.03	16.03	23.03	04.03	14.04	05.05
Креатинин (71–115) мкмоль/л	81	94	76	—	122	220
Общий белок (66–87) г/л	73,9	69,6	—	—	—	75
АЛТ (0–40) ед/л	19,4	29,5	44,9	—	32,4	25
АСТ (0–37) ед/л	34,4	55,6	28,8	—	20,6	38
Глюкоза (4,2–6,4) ммоль/л	7,1	—	—	—	9,4	8,9
Мочевина (1,7–8,3) ммоль/л	5,1	—	7,3	—	6,9	7,7
Общий билирубин (0–17) мкмоль/л	13,5	—	8,3	—	30,1	30,6
Прямой билирубин (0–43) мкмоль/л	1,3	—	—	—	10,3	6,82
Амилаза пан. (13–53) г/л	18,2	—	—	—	20,8	26
Калий (3,4–5) ммоль/л	—	—	—	—	—	6,34
Натрий (130–150) ммоль/л	—	—	—	—	—	144
С-реактивный белок (0–5) мг/л	—	130,8	27	3,6	—	—

Таблица 4.

## Рентгенограмма органов грудной клетки

Дата	Описание/заключение
14.03.18	В правой проекции определяется в правом легком, в проекции S6 инфильтрация легочной ткани без четких контуров. Корни тяжистые. Синусы свободные. Сос — в норме. Заключение: Правосторонняя сегментарная в S6 пневмония.
21.03.18	Справа в верхнем отделе появляется инфильтрация. Слева без особенностей. Корни тяжистые. Синусы свободные. Сос расширено влево. Заключение: Правосторонняя верхнедолевая пневмония.
09.04.18	В 2-х проекция определяется в правом легком во II межреберье усиление легочной тени за счет пневмофиброза, как следствие перенесенной пневмонии. Корни нечеткие. Синусы свободные. Границы сердца расширены влево. Заключение: Последствия перенесенной пневмонии в верхней доле правого легкого.
14.04.18	Легкие и корни застойные. Синусы свободные. Сердце расширено влево.
24.04.18	В проекции первого и четвертого сегментов правого легкого неомогенную инфильтрацию легочной ткани с неровными нечеткими контурами, имеющую связь с корнем. Корни легких уплотнены, тяжисты. Карманы свободны, тень средостения на обычном месте. Заключение: Правосторонняя бисегментарная пневмония.
04.05.18	В легких без очаговых и инфильтративных изменений. Сосудистый рисунок усилен, деформирован. Тени корней уплотнены. Плевральные синусы свободны. Купол диафрагмы с четким контуром. Срединная тень широко прилежит к куполу диафрагмы.
05.05.18	Признаки застоя в малом круге кровообращения, вероятного перикардита, ХНЗЛ (пневмосклероз), перенесенной специфической (tbc) инфекции, не исключается интерстициальный отек легких.

Таблица 5.

## Электрокардиографическое исследование

Дата	Описание/заключение
14.03.18	(по СМП, имеется наводка): ритм синусовый, правильный, частота сердечных сокращений 110 уд/мин, вертикальная ось сердца. Признаки увеличения левого предсердия («р-pulmonale»), увеличение времени активации свыше 0,04 с). Признаки хронического легочного сердца («р-pulmonale», отрицательный зубец Р в aVL, соотношение RV6/ SV6 $\leq 2$ , поздний R в aVR) — нельзя исключить перегрузки правых отделов сердца.
23.03.18	ритм синусовый, правильный, частота сердечных сокращений 100 уд/мин, вертикальная ось сердца. Признаки увеличения (высокий заостренный зубец Р высотой 3 мм в II и III отведениях) левого предсердия. Признаки перегрузки правых отделов сердца уменьшились в динамике от 14.03.2018 г.
14.04.18	ритм синусовый, правильный, частота сердечных сокращений 140 уд/мин, вертикальная ось сердца. Признаки увеличения левого предсердия. Признаки хронического легочного сердца как перегрузки правых отделов сердца.
24.04.18	ритм синусовый, правильный, частота сердечных сокращений 130 уд/мин, вертикальная ось сердца. Признаки увеличения левого предсердия. Признаки хронического легочного сердца.
04.05.18	ритм синусовый, признаки гипертрофии левого желудочка. Без острой коронарной патологии.
05.05.18	ЧСС 120 в минуту, ритм синусовый, ось не отклонена, признаки перегрузки левого желудочка, данные за острую коронарную патологию отсутствуют.

Направление на микробиологическое исследование крови:

Результат: Бактериологическое исследование крови на тиф, сыпной тиф, туляремию — отрицательно.

Консультация психиатра-нарколога (16.03.2018) — Со слов больного, впервые употребил наркотики — маковая соломка в 25 лет. Принимал 2 р в неделю по 3,0 мл. Наркотики употреблял до 32 лет. Частота употребления увеличилась до 3–4 раз в неделю. Воровал для получения дозы. В 32 года был осужден и отбывал наказание до 36 лет, это 2016 г. В 2016 году употреблял опиаты 2 раза в год. После этого не употреблял. В настоящее время ремиссия. Место введения пах. Учитывая жалобы, анамнез и объективные данные, у больного: Опиоидная наркомания в стадии ремиссии.

Направление на микробиологическое исследование мокроты:

Результат исследования: выделена культура *Str. pneumoniae*  $1 \times 10^6$ , грибы не обнаружены. Чувствительность: азитромицин, левофлоксацин, линкомицин, оксациллин — У; амоксилав, цефотаксим — Ч, ципрофлоксацин — П.

Консультация пульмонолога (от 20.03.2018) — Диагноз: Внебольничная правосторонняя сегментарная S6 пневмония, средней степени тяжести. ДН I ст. Рекомендовано: доснять правый бок, рентгенограмма органов грудной клетки в 2-х проекциях в динамике.

Анализы мокроты (от 22.03.2018): количество 0,2, цвет — бесцветная, консистенция жидкая, характер —

слизистая, лейкоциты 10–12, эритроциты — нет, пл. эпителий — незначительно, альвеолярный эпителий — нет, эластические волокна — нет, споры дрож. грибка — нет, спирали Куршмана — нет, АК не обнаружено, ВК не обнаружено.

Осмотр в динамике (19.03.2018, 05.04.2018): Жалобы на общую слабость, ознобы, потливость, кашель, повышение температуры тела до 38,3 °С. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы нормальной окраски, влажные. Отеков нет. Дыхание в легких жесткое, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. АД 120/80 мм рт. ст., ЧСС=пульс= 92 в минуту уредился до ЧСС=пульс=70 в минуту, ЧДД уредилась с 21 до 18 в минуту, SpO<sub>2</sub>=97 %–98 %. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. Лечение по плану. рентгенограмма органов грудной клетки + правый бок — в динамике.

Результаты обследований в динамике — см. таблицы 1, 2, 3, 4, 5.

Температурный лист за период с 14.03 по 09.04.2018: Отмечена ломанная кривая линия с графическим отображением ежедневной термометрии, в соответствии с которой повышение температуры тела выше 37,0 °С зафиксировано: 14.03 — 39,1 °С; 15.03 — 37,1 °С, 17.03 — 37,6 °С, 18.03 — 38,6 °С, 23.03 — 37,2 °С; 25.03 — 39,2 °С; 29.03 — 38,0 °С. Отметок ниже 36,0 °С нет.

Пациент Э. 09.04.2018 выписан из стационара под наблюдение врача-терапевта по месту жительства и врача пульмонолога.

На третий день после выписки из стационара, 12.04.2018, по причине жалоб на слабость, повышение температуры до 39,0 °С и одышку вызвана бригада СМП. Объективно отмечено: АД 140/90 мм рт. ст., рабочее АД 130/80 мм рт. ст., ЧСС=пульс=129 в мин., ЧД=24 в мин., температура тела 39,8 °С, сатурация 96 %. По электрокардиограмме — ритм синусовый с ЧСС=129 в мин. На основании диагноза «О. пневмония. Гипертермический синдром» пациенту оказана помощь (физические методы охлаждения, гипотермическая терапия перорально), в динамике объективно — АД 140/80 мм рт. ст., ЧСС=пульс=110 в мин., ЧД=23 в минуту, температура тела 38,9 °С, сатурация 96 %. В связи с отказом от госпитализации даны рекомендации обратиться к участковому терапевту.

Через день, 14.04.2018, пациент повторно вызвал СМП с жалобами на повышение температуры тела до 39,5 °С, мокрый кашель, слабость, одышку, при этом самостоятельно принимал таблетированные жаропонижающие препараты без обращения в поликлинику. Пациент был доставлен по СМП в стационар, где было проведено обследование после клинического осмотра (повышенного питания, в паховых областях следы старых в/в инъекций («шахты»), зев гиперемирован, отеков нет, дыхание жесткое, хрипов нет, ЧДД=19 в мин, сатурация 99 %, температура тела 37,8 °С, тоны сердца приглушенные, ритмичные, АД 120/80 мм рт. ст., ЧСС=пульс=87 в мин.

*Результаты обследования от 14.04.2018 г. — см. таблицы 1, 2, 3, 4, 5.*

Пациент Э. был выписан из стационара в тот же день 14.04.2018 в стабильном состоянии с рекомендациями лечения у терапевта по месту жительства.

Через 10 дней, в течение которых лечился самостоятельно без обращения в поликлинику, 24.04.2018 пациент Э. вызвал СМП с жалобами на одышку и повышение температуры до 40,2 °С, в связи с чем был доставлен в стационар с направительным диагнозом «Пневмония без уточнения возбудителя. Tbs?». На основе данных клинического осмотра (температура тела 36,6 °С, ЧДД=20 в мин., сатурация 98 %, ЧСС=пульс=75 в мин., АД 130/80 мм рт. ст., в легких дыхание ослаблено в нижних отделах, хрипов нет, тоны сердца ритмичные, приглушенные.) проведено дообследование.

*Результаты обследования от 24.04.2018 г. — см. таблицы 1, 2, 3, 4, 5.*

По результатам рентгенологического обследования рекомендована консультация фтизиатра.

Учитывая отсутствие дыхательной недостаточности, отсутствие интоксикационного синдрома, наличие

специфических изменений при рентгенограмме ОГК, не позволяющих исключить tbs легких, в экстренной госпитализации в терапевтическое отделение пациент Э. на 24.04.2018 не нуждался, выписан с рекомендациями амбулаторного лечения и наблюдения и консультации фтизиатра с целью дообследования.

Пациент Э. за амбулаторным лечением не обращался, когда 04.05.2018 с жалобами на слабость, одышку в покое, отеки, отсутствие мочеиспускания 4 дня, повышение температуры тела вызвал СМП и был госпитализирован в стационар, где проведено обследование. Объективно: АД=105/40 мм рт. ст., ЧСС=пульс=110 уд./мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Дыхание ослабленное, влажные хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Отеки нижних конечностей. Кожные покровы бледные, влажные.

*Результаты обследования от 04.05.2018 г. — см. таблицы 1, 2, 3, 4, 5.*

*УЗИ мочевыделительной системы.* Заключение: УЗИ признаки диффузных изменений паренхимы почек.

*Уролог:* на момент осмотра данных за острую урологическую патологию не выявлено. Вторичная токсическая нефропатия. Хроническая наркомания (в анамнезе). ХСН. Анасарка.

*Кардиолог после дообследования:* данных за острую коронарную патологию нет. У пациента можно предположить диагноз: Приобретенный порок сердца: недостаточность аортального клапана после перенесенного бактериального эндокардита на фоне хронической наркомании. ХСН III, ФК IV. Хроническая анемия. Рекомендовано: стационарное лечение в терапевтическом отделении по м/ж.

На следующий день 05.05.2018 по причине резкого ухудшения здоровья по причине жалоб на чувство нехватки воздуха, одышку смешанного типа в покое, отеки нижних конечностей был госпитализирован, при клиническом осмотре: положение вынужденное — сидя, одышка смешанного типа с привлечением вспомогательной мускулатуры, отеки нижних конечностей, кожные покровы бледные, аускультативно: крепитация справа в верхних отделах легких, АД=140/90 мм рт. ст., ЧСС=пульс=120 в мин., ЧД=24 в мин, Т 36,0 °С, сатурация 92 %.

*Результаты обследования от 05.05.2018 г. — см. таблицы 1, 3, 4, 5.*

*Трансабдоминальное УЗИ мочевыделительной системы.* Заключение: УЗИ признаки диффузных изменений паренхимы почек.



*Кардиолог после дообследования:* данных за острую коронарную патологию нет. У пациента можно предположить диагноз: ППС: недостаточность АК после перенесенного бак. эндокардита на фоне хронической наркомании. ХСН III, ФК IV. Хроническая анемия. Рекомендовано: стационарное лечение в терапевтическом отделении по м/ж, с зав. отделением согласовано.

*Анестезиолог-реаниматолог.* ЧД=28 в мин, ЧСС=135 в мин, пульс=120 в мин., температура тела 36,9 °С, АД=120/65 мм рт. ст. Сатурация 88 %. Общее состояние тяжелое. Тяжесть состояния обусловлена сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточностью, эндотоксикозом. Жалобы на затруднение дыхание, чувство нехватки воздуха. Объективный статус: после осмотра принято решение о госпитализации в АРО. Общее состояние тяжелое. Уровень нарушения сознания — ясное (15 баллов по шкале Глазго). Доступен вербальному контакту. Зрачки D=S, содружественны, соразмерны. Глотательный, кашлевой рефлекс сохранены. Менингеальных знаков нет. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, холодные, физиологической влажности. Выраженные отеки нижних конечностей, передней брюшной стенки. Пастозность верхних конечностей. В паховой области отмечается следы от многочисленных инъекций («шахты»). Грудная клетка правильной формы. Дистанционные хрипы не слышны. Дыхание самостоятельное, ритмичное, с участием дыхательной мускулатуры, ослабленное в нижних отделах. Хрипы не выслушиваются. Начата инсuffляция увлажненным кислородом через лицевую маску, 5 минут. Тоны сердца глухие, аритмичные. Гемодинамика относительно стабильная. Пульс аритмичный, удовлетворительного наполнения, не изменен. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, увеличен за счет ПЖК, симметрично участвует в акте дыхания. Перистальтика выслушивается вялая. Мочеотделение по катетеру Фолея, получено 100 мл мочи светлого цвета. Начата ИТ, отражена в реанимационной карте пациента. Мониторинг. Динамическое наблюдение. Мероприятия по уходу.

06.05.2018, 01:00. Анестезиолог-реаниматолог. ЧД, ЧСС, температура тела, АД, пульс, сатурация — не определяется. На момент осмотра состояние клинической смерти: уровень сознания — кома 3, зрачки D=S, умеренно расширены; фотореакции нет. Немедленно начаты реанимационные мероприятия. Реанимационные мероприятия без эффекта. На основании признаков: отсутствие сердечной деятельности; ЭКГ — изолиния; зрачки D=S, максимальный мидриаз; отсутствие фотореакции; мышечная атония; арефлексия; гипостатические пятна на теле, в соответствии с постановлением Правительства РФ от 20 сентября 2012 г. №950 «Об утверждении правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека; правил прекращения реанимационных

мероприятий и формы протокола установления смерти человека», в соответствии со статьей 66 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» реанимационные мероприятия решено прекратить. Констатирована биологическая смерть в 01:30 06.05.18 г.

*Диагноз заключительный клинический:* Основное: 1. Острый инфекционный эндокардит с формированием недостаточности АК. Фоновые: Хроническая экзогенная интоксикация. Хроническая полинаркомания. Осложнение: ХСН III. ДН III. Острая сердечно-сосудистая недостаточность. Тромбоэмболические осложнения. Отек легких, отек мозга. Асистолия. Сопутствующие: Хронический вирусный гепатит В? Хронический вирусный гепатит С? ВИЧ-инфекция?

*Постмортальная макроскопия миокарда (выдержка по миокарду):*

При вскрытии обращало на себя внимание в первую очередь состояние сердца: 12,0x11,0x9,0 см, дряблое, шаровидное, полости его резко расширены. Эпикард в области желудочков обложен ярко-желтой жировой тканью, толщиной до 0,4 см. В полостях сердца следовое количество жидкой темно-красной крови. Внутренняя оболочка сердца гладкая, блестящая, прозрачная. Створки клапанов белесовато-сероватые, плотные, непрозрачные, утолщены, подвижность их несколько ограничена, край смыкания ровный, створки смыкаются полностью. Толщина стенки левого желудочка 1,4 см, правого 0,8 см, межжелудочковой перегородки — 1,4 см. Мышца сердца на разрезах дряблая, тусклая, бледно-красновато-коричневая, глинистого вида, неравномерного кровенаполнения. Папиллярные мышцы утолщены, укорочены, сухожильные нити укорочены, уплотнены.

*Заключение по гистологическому препарату миокарда:*

Очаговый продуктивный пери- и эндокардит, очаговый гнойно-продуктивный миокардит. Нагноившийся смешанный тромб в одной из вен миокарда с образованием перифокального микроабсцесса. Острое венозное полнокровие, лейкостазы, фибриновые и фибриново-лейкоцитарные тромбы в сосудах миокарда. Спазм артериол, очаговая фрагментация, извилистая деформация кардиомиоцитов, гиперэозинофилия отдельных кардиомиоцитов. Очаговый липоматоз миокарда, периваскулярный и мелкоочаговый сетчатый кардиосклероз, очаговые гипертрофия и атрофия кардиомиоцитов.

## Обсуждение

Приведенный клинический пример инфекционного панкардита у потребителя инъекционных наркотиков

представляет интерес в первую очередь по причине практически отсутствия в литературе подобных примеров: панкардит представляет собой совокупность эндо-, мио- и перикарда, в то время как в клинической практике обсуждается чаще инфекционный эндокардит на фоне инъекционной наркомании.

Клиническая картина при инфекционном эндокардите у потребителей инъекционных наркотиков чаще всего представлена стафилококковой этиологией и поражением трикуспидального клапана на фоне вирусных гепатитов и/или вируса иммунодефицита человека с риском тромбоэмболии легочной артерии [4, 5]. У пациента Э. в обсуждаемом случае течение заболевания в начале ознаменовалась картиной внебольничной пневмонии, подтвержденной рентгенологически, что согласуется с литературными данными [6, 7], при первичной госпитализации исследование мокроты показало наличие культура *Str. pneumoniae*  $1 \times 10^6$ . Через два дня от начала госпитализации пациенту было проведено эхокардиографическое исследование, где отсутствовали визуальные признаки инфекционного эндокардита.

В литературе встречаются обсуждения клинических случаев инфекционного эндокардита, где констатируется, что данное заболевание у большинства потребителей инъекционных наркотиков сопровождается развитием острого диффузного миокардита, где в большинстве случаев отмечена сопутствующие ВИЧ-инфекция и гепатиты В и/или С [8]. В приведенном нами примере пациента Э. следует признать, что фактически ни в одном из медицинских документов за период его болезни с 14.03.2018 до момента летального исхода 06.05.2018 отсутствуют данные о лабораторном подтверждении либо отсутствии у него вирусных гепатитов и/или ВИЧ-инфекции, что значительно ограничивает возможности анализа и выводов по обсуждаемому клиническому примеру инфекционного панкардита у инъекционного наркомана.

В рамках разбора клинического случая следует упомянуть модифицируемые критерии диагноза инфекционного эндокардита Duke. Например, факт использования пациентом внутривенных наркотиков рассматриваются коллегами как «малый», но чрезвычайно значимый критерий диагноза инфекционного эндокардита, который указывает на потенциальный источник инфекции, а наличие лихорадки выше  $38^\circ\text{C}$  уже дает право констатировать два «малых» критерия в соответствии с модифицированными критериями диагноза инфекционного эндокардита Duke, что было подтверждено наличием вегетаций на трикуспидальном клапане и ростом золотистого стафилококка в бактериологическом анализе крови [9]. В нашем случае при первичной госпитализации упомянутые два «малых» критерия инфекционного эндокардита Duke имели место быть, также была проведена эхокардиография, где отсутствие вегетаций

на клапанах отвлекло клиницистов от дальнейшего обследования пациента на предмет воспалительного заболевания миокарда и не дало основания к проведению бактериологического анализа крови, ограничившись результатом бактериологического анализа мокроты, где выделена культура *Str. Pneumoniae*.

Непосредственная причина летального исхода пациента Э. — остановка сердца в результате фибрилляции желудочков, что подтверждается микроскопическим гистологическим исследованием препарата миокарда от трупа морфологического эквивалента данного состояния — очаговая фрагментация, извилистая деформация кардиомиоцитов.

Фибрилляции желудочков является осложнением заболевания сердца, в случае пациента Э. могло быть два заболевания сердца, которыми он страдал при жизни, что подтверждается выявлением при аутопсии трупа и при гистологическом исследовании: 1) кардиомиопатия (гипертрофия миокарда: шаровидная форма и увеличение размеров и расширение камер сердца, толщина левого желудочка 1,4 см, правого 0,8 см, межжелудочковой перегородки 1,4 см), бледно-красновато-коричневатый, глинистый цвет миокарда; сочетание гипертрофии и атрофии кардиомиоцитов, периваскулярный и мелкоочаговый кардиосклероз и очаговый липоматоз миокарда на фоне отсутствия атеросклероза коронарных артерий, гиперэозинофилия отдельных кардиомиоцитов); и 2) хронический активный панкардит (очаговая смешанная — макрофагальная, лимфоцитарная, нейтрофильная — воспалительная инфильтрация оболочек [эпикардит и эндокардит] и мышцы [миокардит] сердца с очагами повреждений кардиомиоцитов и очагами замещения мышечных волокон соединительной тканью, нагноившийся смешанный тромб в одной из вен миокарда с образованием перифокального микроабсцесса).

Этиология кардиомиопатии у пациента Э. — хроническая экзогенная интоксикация, факт существования которой на протяжении многолетнего периода жизни — опийной наркомании — зафиксирован в медицинской документации неоднократно, в том числе подтвержден по результатам консультации врача психиатра-нарколога, имеются данные анамнеза — со слов пациента Э. о дате последней инъекции наркотиков за две недели до поступления в стационар 14.03.2018.

Этиология панкардита у пациента Э. — инфекционная. Начало инфекционного процесса в сердце в рассматриваемом случае могло быть при различных условиях и их комбинациях, в том числе как осложнение предшествовавших перенесенных в марте 2018 года остром респираторном вирусном заболевании и пневмонии, а также в условиях ангиогенного инфицирования, характерного для опийной внутривенной наркомании при

локализацией первичного очага инфекции в сосудистом русле, в том числе в зоне инфицированного деформирующего рубцового изменения кожи и стенки крупного сосуда области давнего многократного внутривенного сосудистого доступа, имевшего место у пациента Э. в паховой области или с поступлением возбудителей непосредственно в кровоток при внутривенных инъекциях инфицированными шприцами и нестерильными растворами.

Таким образом, смерть пациента Э. наступила от взаимоусугубляющих заболеваний сердца — кардиомиопатии и панкардита, развившихся в результате хронической опиоидной наркомании и осложнившихся в своем сочетанном течении декомпенсацией хронической сердечной недостаточности и фибрилляцией желудочков сердца, что и явилось непосредственной причиной смерти.

Таким образом, анамнез наркомании пациента Э. создал предпосылки к трудностям своевременной диагностики инфекционного панкардита. По рентгенограммам и электрокардиограммам на протяжении всего периода обсуждаемого клинического случая прослеживается четкая перегрузка малого круга кровообращения, где эпизоды инъекций наркотиков в паховой области сфор-

мировали предпосылки к внедрению инфекционного агента в венозное русло и как следствие формированию пристеночного поражения эндокарда.

## Заключение

В настоящее время особенности воспалительных заболеваний сердца у инъекционных потребителей наркотиков анализируются в литературе через призму клинических примеров по причине отсутствия клинических рекомендаций по данным нозологиям в обозначенной когорте пациентов. В приведенном клиническом примере пациента Э. постмортально верифицирован панкардит без наличия каких-либо изменений клапанов сердца. Панкардит представляет собой сочетание эпи-, эндо- и миокардита. Нами при ретроспективном анализе определяется факт отсутствия поражения клапанов при трансторакальной эхокардиографии на ранних этапах заболевания, что перекликается с мнением коллег о таких особенностях инфекционного эндокардита у наркоманов, как наличие первого проявления инфекционного эндокардита в виде пневмонии, имеющая волнообразное течение [6, 10] и поражение пристеночного эндокарда без вовлечения в патологический процесс клапанного аппарата [1, 2].

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ларина, Т.А. Инфекционный эндокардит при наркомании: клинико-диагностические аспекты / Т.А. Ларина, А.С. Зацепин, М.А. Зацепина [и др.] // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ»: реабилитация, врач и здоровье. — 2019. — № 2(38). — С. 88–91.
2. Пономарева, Е.Ю. Висцеральные поражения и исходы инфекционного эндокардита у потребителей инъекционных наркотиков / Е.Ю. Пономарева, А.А. Рощина, А.П. Ребров // Лечебное дело: научно-практический терапевтический журнал. — 2013. — № 6(34). — С. 49–56.
3. Демко, И.В. Особенности течения инфекционного эндокардита у инъекционных наркоманов / Демко И.В., Пелиновская Л.И., Манхаева М.В. и др. // Российский кардиологический журнал 2019;(6):97–102. DOI: 10.15829/1560-4071-2019-6-97-102.
4. Данилов, А.И. Инъекционная наркомания как фактор риска инфекционного эндокардита / А.И. Данилов, С.Н. Козлов, Л.П. Жаркова, А.В. Евсеев, В.В. Младов // Антибиотики и химиотерапия. — 2019. — №64; 9–10. — С. 39–43.
5. Бокерия, Л.А. Гендерные и клинико-социальные особенности инфекционного эндокардита у наркозависимых пациентов / Л.А. Бокерия, И.И. Скопин, И.В. Самородская [и др.] // Анналы хирургии. — 2012. — № 6. — С. 15–20.
6. Ландышев, Ю.С. Инфекционные осложнения при хронической дезоморфиновой наркомании / Ю.С. Ландышев, Н.Д. Гоборов, Г.Д. Цуканова // Амурский медицинский журнал. — 2017. — № 1(17). — С. 76–81. — DOI 10.22448/amj.2017.17.76-81.
7. Алескерев, Э.Э. Клинический случай инфекционного эндокардита у наркозависимого пациента / Э.Э. Алескерев, Н.В. Давыдова, Ю.А. Рогожкина [и др.] // Университетская медицина Урала. — 2019. — Т. 5, № 1(16). — С. 54–56.
8. Уланова, В.И. Особенности клинического течения и анализ выживаемости ВИЧ-инфицированных наркозависимых больных инфекционным эндокардитом / В.И. Уланова, В.И. Мазуров // Вестник Российской Военно-медицинской академии. — 2010. — № 3(31). — С. 103–107.
9. Махнырь, Е.Ф. Инфекционный эндокардит «инъекционных» наркоманов: течение, особенности диагностики и лечения (клинический разбор случая заболевания) / Махнырь Е.Ф., Казаковцева Т.В., Чипигина Н.С., Клименко А.А. Карпова Н.Ю., Анищенко М.О., Мориц В. // Клиницист 2024;18(3):38–47. DOI: <https://doi.org/10.17650/1818-8338-2024-18-3-K722>.
10. Насыбуллина, Р.С. Особенности течения современного инфекционного эндокардита / Р.С. Насыбуллина, Э. Рубанова, Э.В. Пак // Практическая медицина. — 2008. — № 4(28). — С. 30–31.

© Викентьев Вячеслав Викторович (vvvickentiev@mail.ru); Сапунова Дарья Александровна (sapunova\_darya@mail.ru)  
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»