3. Goldberger AL, Amaral LAN, Glass L, Hausdorff JM, Ivanov PCh, Mark RG, Mietus JE, Moody GB, Peng C-K, Stanley HE. PhysioBank, PhysioToolkit, and PhysioNet: Components of a New Research Resource for Complex Physiologic Signals. *Circulation* 101(23):e215-e220 [Circulation Electronic Pages; <http://circ.ahajournals.org/content/101/23/e215.full>]; 2000 (June 13).
4. Баевский Р.М. Анализ вариабельности сердечного ритма при использовании различных электрокардиографических систем (часть 1) / Иванов Г.Г., Гаврилушкин А.П., Довгалецкий П.Я. // Вестник аритмологии. - 2002. - Вып. 24.

Докучаева О.А.

Клинический случай

Полиорганные поражения вследствие внутривенной наркомании

*Первый Московский Государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
(Россия, Москва)*

doi:10.18411/spc-22-11-2017-12

idsp: 000001:spc-22-11-2017-12

По данным официальной статистики, из года в год в мире растет число наркоманов. За последние 5 лет оно увеличилось в 4 раза. Наркомания вызывает угнетение иммунной системы и снижение резистентности организма, что приводит к частому развитию гнойно-воспалительных процессов. Особую актуальность в настоящее время приобретает проблема так называемых «шприцевых» инфекций, среди которых наиболее часто встречаются ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты В и С, бактериальные гематогенные инфекции, вызывающие тяжелые септические осложнения: бактериальный эндокардит, пневмонию, септицемию. У лиц, потребляющих наркотики, чаще всего внутривенно развивается септический процесс, вызываемый *Staphylococcus aureus*.

Пациент С. И. В.34 лет, поступил по экстренным показаниям с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся в горизонтальном положении, кровохаркание в течение 1 недели, общую слабость, отеки нижних конечностей и кистей. Наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям неотягощена, страдает от алкогольной и никотиновой зависимости, несколько лет инъекционно употреблял героин. Считает себя больным с 2010 г, когда был госпитализирован из-за выраженной одышки, кашля, повышения температуры; после обнаружения на рентгенограмме очаговых теней в лёгких направлен в противотуберкулёзный диспансер, получал антибактериальную терапию с положительным эффектом. Затем были диагностированы шумы в сердце и высказано предположение об инфекционном эндокардите, на ЭхоКГ выявлены вегетации. Проведены операции по поводу инфекционного эндокардита аортального и трикуспидального клапана. После операции больному был назначен варфарин, но на фоне препарата начались носовые кровотечения. Чувствовал себя удовлетворительно, принимал рекомендованную терапию, но продолжал пить и курить. Через полгода появились пароксизмы фибрилляции предсердий. Отмечал нарастание одышки, снижение толерантности к физическим нагрузкам, эпизоды сердцебиения. В 2016 г. проведена аннулопластика по поводу дисфункции митрального и трикуспидального клапана. После операции больному был назначен варфарин, но на фоне препарата начались носовые кровотечения. В августе 2017 г.к симптомам декомпенсации сердечной недостаточности присоединилось кровохаркание, лечился стационарно. Принимал бисопролол 2,5 мг утром, верошпирон, престариум, варфарин 2,5 мг 2 табл, уровень МНО контролировал -2,5-3,5. Настоящее ухудшение в течение 1 недели после выписки. Состояние тяжёлое, сознание ясное, рост 186 см, вес 93 кг, ИМТ=26,8 кг/м². Кожные покровы, слизистые субиктеричны. На коже передней брюшной стенки несколько небольших гематом. Отеки голеней и стоп. ЧД 22/мин. Лёгочный звук укорочен справа в нижних отделах. Дыхание жёсткое, влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних

отделах с обеих сторон. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1 см. Тоны приглушены, ритм правильный, систолические шумы на верхушке, трикуспидальном клапане, лёгочной артерии, в 5-й точке аускультации. ЧСС 80 уд/мин, АД 110/65 мм.рт.ст. Печень безболезненная, выступает из-под края рёберной дуги на 2 см. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул в норме, дизурии нет. Сознание ясное, менингеальные симптомы отсутствуют, парезы и параличи отсутствуют, память снижена. По данным инструментально-лабораторного обследования: положительные маркеры вирусных гепатитов: HBs-Ag и анти-HCV AT. В общем анализе крови – панцитопения: нормохромная анемия (Hb 115 г/л, Эр $4,05 \times 10^{12}/л$), лейкопения $3,3 \times 10^9/л$, тромбоцитопения $96 \times 10^9/л$, СОЭ 20 мм/ч. В биохимическом анализе крови – явления синдрома цитолиза (АЛТ 50 ЕД/л, АСТ 86 ЕД/л, ЛДГ 1142 ЕД/л) и холестаза (общий билирубин 36,0 мкмоль/л). На фоне терапии варфарином МНО 2,93. Анализ мочи в норме.

Мокрота 1,5 мл, вязкая, гнойно-геморрагическая, эритроциты и лейкоциты сплошь все п/з. На рентгенограмме картина двусторонней пневмонии в нижних долях обоих лёгких. На ЭхоКГ: состояние после протезирования аортального, трикуспидального и митрального клапанов. Протезы состоятельны, видимой патологии нет. Признаки ложной аневризмы аорты. На УЗИ гепатоспленомегалия и расширение воротной вены до 17 мм.

Основной диагноз: операция протезирования аортального клапана и вегетэктомия септальной створки трикуспидального клапана по поводу инфекционного эндокардита, ушивания ложной аневризмы задней стенки аорты, пластики фиброзного кольца митрального клапана в 2010 г. Операция аннулопластики митрального и трикуспидального клапана в 2016 г. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, вне пароксизма. Сочетанный: Цирроз печени смешанного генеза (вирусный HBV и токсический HCV), класс А по Чайлд-Пью. Синдром портальной гипертензии. Синдром холестаза. Геморрагический синдром. Гиперспленизм. Осложнения: ХСН 2Б, II ФК NYHA. Внебольничная очаговая пневмония в нижних долях обоих лёгких. Кровохаркание. ДН II ст. Сопутствующий: Хронический гастрит, ремиссия. Хронический панкреатит, ремиссия.

Проведено стационарное лечение декомпенсации ХСН β-а.б, ИАПФ, диуретиками (петлевыми и антагонистами альдостерона) и антибактериальная терапия пневмонии. Имелись трудности подбора дозы антикоагулянтов в связи с протезированными клапанами и явлениями печёочно-клеточной недостаточности. Учитывая высокий риск кровотечений, от назначения варфарина решено воздержаться, показана консультация кардиохирурга для решения вопроса о продолжении антикоагулянтной терапии.

Данный клинический случай демонстрирует полиорганные поражения различных систем, ассоциированные с внутривенным употреблением наркотиков: первичный инфекционный эндокардит трикуспидального и аортального клапанов, поражение эндотелия восходящего отдела аорты с формированием ложной аневризмы, цирроз печени в исходе коинфекции вирусного гепатита В и С.

1. А.В. Громова, Г.Г. Добрынина. Научный журнал: «Актуальные проблемы современной науки» ISSN: 1680-2721, 2015 г.
2. Hogevik H., Soderquist B., Tung H. S. et al. Virulence factors of Staphylococcus aureus strains causing infective endocarditis a comparison with strains from skin infections // APMIS. 2008. Vol. 106. № 9. P. 901-908.
3. Д. Б. Утешев А. А. Карабиненко Е. Н. Филатова Г. И. Сторожаков. «Инфекционные и септические осложнения у наркоманов» Медицинский научно-практический портал. 2017 г.