

І.Б. Харкава¹, Н.В. Понич¹, О.А. Єпанчінцева¹, О.Й. Жарінов²,
Б.М. Тодуров¹

¹ ДУ «Інститут серця МОЗ України», Київ

² Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України, Київ

Роль черезстравохідної ехокардіографії в діагностиці абсцесу аортмітрального контакту

Представлено клінічний випадок абсцесу аортмітрального контакту як ускладнення інфекційного ендокартиту. Підкреслено важливість черезстравохідної ехокардіографії в діагностиці абсцесу аортмітрального контакту. Наведено результати клінічного обстеження, трансторакальної та черезстравохідної ехокардіографії.

Ключові слова: аортмітральний контакт, абсцес, черезстравохідна ехокардіографія.

Інфекційний ендокартит – тяжка хвороба серця, асоційована з високою смертністю (близько 20 %) [1, 3] та виникненням серйозних ускладнень, які нерідко призводять до інвалідності. Останнім часом захворюваність на інфекційний ендокартит збільшилася до рівня 1,7–6,2 випадку на 100 000 населення на рік [2]. Дедалі частіше спостерігають ураження інтактних клапанів серця, що не узгоджується з концепцією В. Ослера, який уперше описав інфекційний ендокартит у 1885 р. [5], про формування хвороби на тлі пошкодженого ендокарда. Змінюється спектр збудників інфекційного ендокартиту та зростає їх антибіотикорезистентність, що зумовлює високий рівень летальності. Тому дуже важливо вчасно діагностувати інфекційний ендокартит та запобігти розвитку його ускладнень. Відтак, у сучасній клінічній практиці велике значення має черезстравохідне ехокардіографічне дослідження [1].

Клінічний випадок

Пацієнт Ш., 1968 року народження, госпіталізований 3.02.2014 р. зі скаргами на задишку при фізичному навантаженні, серцебиття, виражену загальну слабкість. З анамнезу відомо, що пацієнт хворіє на артеріальну гіпертензію близько 20 років; лікувався епізодично, нерегулярно.

У травні 2013 р. протягом двох днів відзначав підйом температури тіла до 39 °С, по допомогу не звертався, лікування не здійснювалося. У серпні 2013 р. пацієнта було госпіталізовано у клініку за місцем проживання з гострим порушенням мозкового кровообігу за ішемічним типом у вертебробазиллярному басейні. Після курсу лікування виписано з поліпшенням. Надалі знову почали турбувати підйоми температури тіла до 38–39 °С. При дообстеженні діагностовано інфекційний ендокартит в активній фазі з недостатністю аортального клапана III ступеня і серцевою недостатністю ІІА стадії зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка (ЛШ), III функціональний клас за NYHA. Під час перебування в стаціонарі в пацієнта виник повторний ішемічний інсульт. Здійснювали лікування нестероїдними протизапальними та протигрибковими препаратами, антикоагулянтами, антибіотиками, корекцію гемодинамічних показників, специфічну терапію неврологічної симптоматики.

Об'єктивні дані. Загальний стан пацієнта задовільний. Шкіра та видимі слизові оболонки без особливостей. При аускультатії тони серця звучні, ритмічні, діастолічний шум на аорті та в точці Боткіна. У легенях дихання жорстке, хрипів немає. Частота скорочень серця – 86 за 1 хв. Артеріальний тиск – 140/90 мм рт. ст.

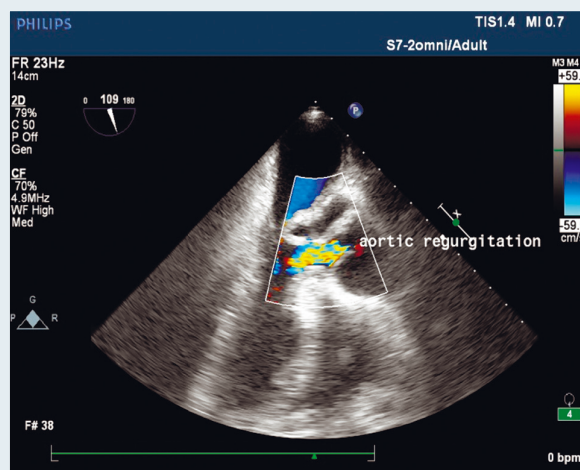


Рис. 1. Аортальний клапан тристулковий, аортальна недостатність I ступеня (черезстравохідний доступ)

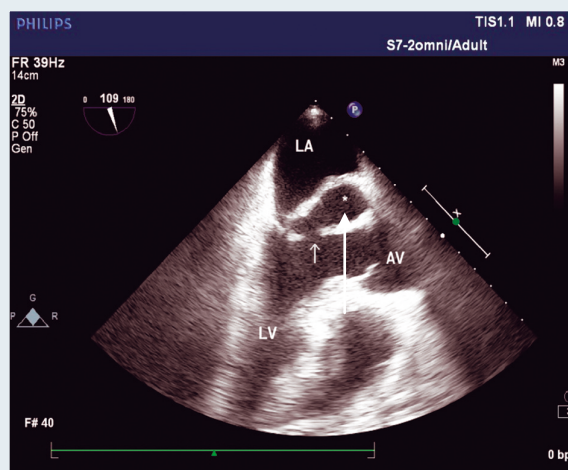


Рис. 2. У ділянці аортомітрального контакту з поширенням на основу передньої стулки мітрального клапана візуалізується порожнисте утворення овальної форми (довга стрілка) з перфорацією (коротка стрілка) (черезстравохідний доступ)

Живіт м'який, безболісний. Незначна пастозність гомілок та стоп.

Лабораторні дані (03.02.2014 р., на тлі протизапальної й антибіотикотерапії):

Загальний аналіз крові: еритроцити – $4,0 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобін – 103 г/л, лейкоцити – $9,5 \cdot 10^9/\text{л}$, еозинофіли – 1 %, паличкоядерні – 6 %, сегментоядерні – 67 %, лімфоцити – 23 %, моноцити – 6 %, гематокрит – 32,1 %, тромбоцити – $337 \cdot 10^9/\text{л}$, ШОЕ – 48 мм/год.

Біохімічний аналіз крові: загальний білок – 62,7 г/л, альбумін – 33,8 г/л, загальний білірубін – 10,0 ммоль/л, аланінамінотрансфераза – 17 МО/л, аспартатамінотрансфераза – 19 МО/л,

сечовина – 11,3 ммоль/л, креатинін – 78,3 мкмоль/л, глюкоза – 5,0 ммоль/л, загальний холестерин – 5,21 ммоль/л.

Коагулограма: протромбіновий час – 17,7 с, протромбіновий індекс – 61,5 %, міжнародне нормалізоване відношення – 2,42, фібриноген – 4,45 г/л.

ЕКГ: ритм синусовий, регулярний з частотою скорочень серця 104 за 1 хв. PQ – 0,28 с. Атріо-вентрикулярна блокада I ступеня. В іншому ЕКГ без патологічних змін.

Трансторакальне ехокардіографічне дослідження: візуалізація серця різко обмежена за рахунок ожиріння (маса тіла 108 кг) та

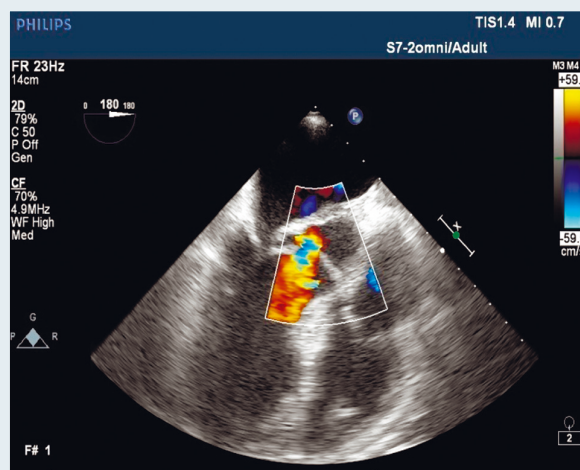


Рис. 3. Кровоплин через перфорований отвір абсцесу, що самостійно прорвався (черезстравохідний доступ)

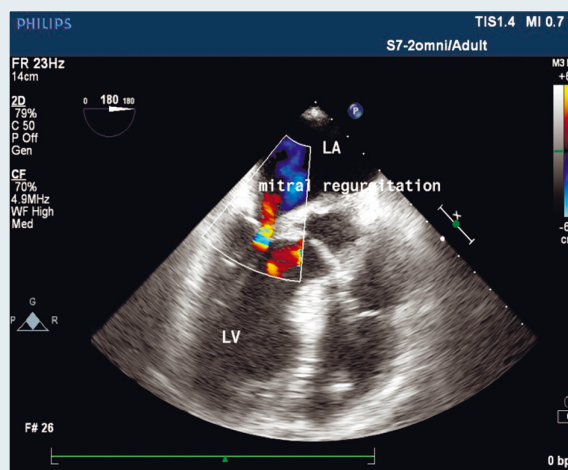


Рис. 4. Функція мітрального клапана збережена, мінімальна регургітація (черезстравохідний доступ)

гіперстенічного типу конституції. У вихідному тракті ЛШ візуалізувалося рухливе лінійне утворення гіперехогенної структури, морфологію та чітке місце прикріплення якого неможливо було визначити. Кінцеводіастолічний об'єм ЛШ – 98 мл; кінцевосистолічний об'єм ЛШ – 36 мл; фракція викиду ЛШ – 64 %; діаметр лівого передсердя – 5,2 см; товщина міжшлуночкової перегородки – 1,5 см у базальному відділі і 0,8 см у середньому відділі; діаметр аорти на рівні фіброзного кільця – 3,8 см, на рівні кореня – 3,6 см, на рівні висхідної аорти – 3,2 см; мінімальна трикуспідальна регургітація; систолічний тиск у легеневій артерії – 40 мм рт. ст. Рекомендовано черезстравохідне ехокардіографічне дослідження з метою визначення морфології виявленого утворення, оцінки функції мітрально-аортального клапанного апарату серця та подальшої лікувальної тактики.

Черезстравохідна ехокардіографія: стулки аортального клапана без ознак інфекційного ураження. Аортальний клапан тристулковий, аортальна недостатність I ступеня за рахунок дещо дилатованого кореня аорти (рис. 1). У ділянці аортомітрального контакту з поширенням на основу передньої стулки мітрального клапана візуалізується порожнє утворення овальної форми розміром 36×25 мм з отвором (перфорацією) діаметром 8–9 мм, що виник внаслідок прориву абсцесу у вихідний тракт ЛШ (рис. 2, 3). Мобільні краї перфорації імітували вегетації при трансторакальному ехокардіографічному дослідженні. Функція мітрального клапана збережена: регургітація мінімальна (рис. 4). Вушко лівого передсердя без ознак тромбоутворення. Даних про відкрите овальне вікно немає.

При проведенні коронаровентрикулографії значущих стенозів вінцевих артерій не виявлено.

На підставі клінічних, анамнестичних та інструментальних даних встановили діагноз: Інфекційний ендокардит, активна фаза. Абсцес аортомітрального контакту з поширенням на передню стулку мітрального клапана. Недостатність мітрального клапана 1-го ступеня. Недостатність аортального клапана 1-го ступеня. Легенева гіпертензія 1-го ступеня. Гіпертонічна хвороба III стадії, підвищення артеріального тиску 3-го ступеня, ризик дуже високий, серцева недостатність ІІА стадії зі збереженою фракцією викиду ЛШ, III функціональний клас за NYHA. Стан після перенесених гострих порушень мозкового кровообігу в судинах вертебробазиллярного басейну (08.08.2013 р.) і басейні правої середньомозкової артерії (27.09.2013 р.) за типом ішемії (кардіоемболічний варіант) з лівобічним геміпарезом.

Пацієнту рекомендували протезування мітрального клапана. Під час операції підтверджено дані ехокардіографічного дослідження. Ревізія аортального клапана виявила інтактність та компетентність стулок, додатково виявлено дрібні «свіжі» вегетації на стулках мітрального клапана. Вшити протез мітрального клапана ATS № 27.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень, здійснювалася антибіотикотерапія, корекція показників гемодинаміки, призначено пожиттєвий прийом антикоагулянтів.

Параклапанні абсцеси – досить поширене ускладнення інфекційного ендокардиту. В дослідженні за участю 383 пацієнтів параклапанні абсцеси виникли у 31 % хворих на інфекційний ендокардит [7].

Наведений клінічний випадок ілюструє цінність черезстравохідної ехокардіографії для встановлення діагнозу і вибору способу кардіохірургічного втручання [4].

Література

1. Bannay A., Hoen B., Duval X. et al. The impact of valve surgery on short- and long-term mortality in left-sided infective endocarditis: do differences in methodological approaches explain previous conflicting results? // Eur. Heart J.– 2011.– Vol. 32.– P. 2003–2015.
2. Beynon R.P., Bahl V.K., Prendergast B.D. Infective endocarditis // Brit. Med. J.– 2006.– P. 468.
3. Duval X., Delahaye F., Alla F. et al. Temporal trends in infective endocarditis in the context of prophylaxis guideline modifications: three successive population-based surveys // J. Am. Coll. Cardiol.– 2012.– Vol. 59.– P. 1968–1976.
4. Habib G., Badano L., Tribouilloy C. et al. Recommendations for the practice of echocardiography in infective endocarditis // Eur. J. Echocardiography.– 2010.– Vol. 11.– P. 202–219.
5. Osler W. The gulstonian lectures on malignant endocarditis // Br. Med. J.– 1885.– P. 467–470.
6. Perrino A.C., Jr., Reeves S.T. A practical approach to transesophageal echocardiography.– Lippincott Williams and Wilkins, 2008. – 493 p.
7. Tirone E.D., Gavra G., Feindel C.M. et al. Surgical treatment of active infective endocarditis: a continued challenge // J. Thorac. Cardiovasc. Surg.– 2007.– Vol. 133 (1).– P. 144–149.

І.Б. Харкава¹, Н.В. Понич¹, О.А. Епанчинцева¹, О.І. Жаринов², Б.М. Тодуров¹

¹ ГУ «Інститут серця МЗ України», Київ

² Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МЗ України, Київ

Роль чреспищеводної ехокардіографії в діагностиці абсцеса аортомітрального контакту

Представлен клінічний випадок абсцеса аортомітрального контакту як ускладнення інфекційного ендокардиту. Підкреслена важливість чреспищеводної ехокардіографії в діагностиці абсцеса аортомітрального контакту. Приведені результати клінічного обстеження, трансторакальної і чреспищеводної ехокардіографії.

Ключевые слова: аортомітральний контакт, абсцес, чреспищеводна ехокардіографія.

I.B. Kharkava¹, N.V. Ponych¹, O.A. Yepanchintseva¹, O.J. Zharinov², B.M. Todurov¹

¹ Heart Institute, Healthcare Ministry of Ukraine, Kyiv, Ukraine

² Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Value of transesophageal echocardiography for diagnosis of abscess of aortomitral continuity

The clinical case of the aortomitral continuity abscess is presented. The important role of transesophageal echocardiography in the diagnosis of the aortomitral continuity abscess is underlined. Results of clinical examination, transthoracic and transesophageal echocardiography are discussed.

Key words: aortomitral continuity, abscess, transesophageal echocardiography.