

УДК 616.127-005.8-036.1:613.2.099]-073.7
DOI:10.24061/2413-0737/XXI.2.82.2.2017.85

А.М. Сокол, А.С. Сидорчук, Н.А. Богачик, Я.В. Венгловська

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ІНФАРКТОПОДІБНОГО ВАРІАНТА ГОСТРОГО МІОКАРДИТУ ПІД «МАСКОЮ» ХАРЧОВОЇ ТОКСИКОІНФЕКЦІЇ

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Резюме. Наведений випадок є свідченням типової помилки при диференційній діагностиці гострої кишкової інфекції і серцевої патології. Як було з'ясовано при деталізації епіданамнезу, домашній сир та сметану пацієнт вживав за два дні від початку захворювання. Крім того, не було характерного для харчової токсикоінфекції проносу, ознак зневоднення, зниження артеріально-го тиску, хоча відзначалася виражена блідість шкірних

покровів і наявність таких скарг, як біль за грудниною, раптові напади задухи, що характерні для серцевої патології. Відповідне додаткове обстеження хворого дозволило рано діагностувати міокардит і провести його лікування.

Ключові слова: діагностична помилка, харчова токсикоінфекція, гострий міокардит, нетиповий перебіг, ЕКГ-діагностика, епідеміологічний анамнез.

Вступ. У практичній діяльності сімейному лікарю нерідко доводиться диференціювати захворювання з групи гострих кишкових інфекцій (сальмонельоз, шигельоз, харчові токсикоінфекції) із серцево-судинними захворюваннями. Часто до діагностичних проблем призводять поверхневе обстеження хворого та хибна оцінка клінічних симптомів [1, 4].

Наводимо клінічний випадок хворого О., 21 р., який надійшов в інфекційне відділення КМУ «Обласна клінічна лікарня» м. Чернівці на 3-й день хвороби зі скаргами на підвищення температури тіла до 38,0° С, загальну кволість, нудоту, блювання, біль за грудниною.

Захворювання почалося гостро, турбувала нудота, було 2-разове блювання, підвищення температури тіла до фебрильних цифр, ниючий біль у епігастральній ділянці. Своє захворювання пов'язував із вживанням домашнього сиру зі сметаною, м'ясних страв. Із анамнезу життя з'ясовано, що хворий працює будівельником. Самостійно звернувся до Лікарні швидкої медичної допомоги, оглянутий лікарем, проведено рентгенологічне обстеження легень (патології не виявлено), загальний аналіз крові (помірний лейкоцитоз – 10,0x 10⁹ г/л) та направлений в інфекційний стаціонар з діагнозом: гостра респіраторна вірусна інфекція?

При огляді: стан хворого середньої тяжкості. Температура тіла 37,4° С. Артеріальний тиск 110/70 мм рт. ст. Шкірні покриви бліді, периферичні лімфатичні вузли не збільшені. Язик вологий, обкладений білим на шаруванням. Пульс 100 на 1 хв, ритмічний, тони серця ослаблені. У легенях везикулярне дихання. Живіт м'який, чутливий тільки в епігастральній ділянці. Симптом Пастернацького негативний. Встановлений попередній діагноз: харчова токсикоінфекція середньої тяжкості. Через 4 години з моменту госпіталізації у хворого посилювався біль за грудниною, з'явилася задуха, серцебиття. Пульс 104 на 1 хв ритмічний. Тони серця ослаблені. Хворому проведено ЕКГ дослідження: синусова тахікардія, зміни міокарда у всіх відділах, неможливо виключити наявність рубців задньо-бокової стінки

лівого шлуночка. Висновок кардіолога: синусова тахікардія, ВСД за змішаним типом. Рекомендовано провести УЗД серця. Призначено седафітон, корвалмент при больовому синдромі. На наступний день стан хворого дещо покращився, нудота не турбувала, блювання не було, біль за грудниною зник, температура тіла субфебрильна.

Дані УЗД серця: ознаки незначного пролапсу МК, з регургітацією 1 ст. Порожнини серця в межах норми. Скороглива здатність міокарда ЛШ задовільна. Вегетацій на ступнях та даних за недостатність МК не виявлено. У загальному аналізі крові: лейкоцити – 7,6x10⁹ г/л, без змін у формі. При бактеріологічному дослідженні випорожнень патогенних збудників кишкової групи не виділено.

Вечері у хворого знову підвищилась температура тіла до високих цифр, відновилися біль за грудниною, задуха. Повторно проведена ЕКГ, де спостерігалася від'ємна динаміка порівняно з попереднім обстеженням. Зберігалась тахікардія, артеріальний тиск 140/90 мм рт. ст. Повторно консультований кардіологом. За даними ЕКГ, встановлений клінічний діагноз: гострий міокардит, дифузна форма, інфарктоподібний варіант. Синусова тахікардія. СН I, ФК II.

Враховуючи клінічний перебіг захворювання, дані лабораторних методів дослідження, діагноз харчової токсикоінфекції був виключений [2]. Хворий для подальшого лікування переведений в обласний кардіологічний диспансер, де знаходився на стаціонарному лікуванні упродовж двох тижнів [3, 5]. Результати додаткових методів обстеження: С-реактивний білок 12,0, АСЛО – 400 од. Тропоніновий тест – 1,2 нг/мл. ЕКГ при надходженні в диспансер: ритм синусовий, ЧСС – 75 за хв, електронна вісь серця не відхилена. Неспецифічні зміни в кінцевій частині шлуночкового комплексу всіх ділянок. ЕКГ після проведеного лікування: ритм синусовий, ЧСС – 58 за хв, зменшилася глибина зубця Т у V3-V6. ЕХОКС: змін з боку передсердь і шлуночків не виявлено. Ознаки незначного пролапсу мітрального клапана з регургітацією I ст. Порожнини серця в межах норми. Скороглива здатність лівого шлуночка

задовільна (61 %). Остаточний діагноз: гострий міокардит неуточненої етіології, вогнищева форма з локалізацією по перетинці, верхівці та боковій стінці ЛШ, псевдокоронарний варіант. Вторинний пролапс мітрального клапана з регургітацією I ст., СН I ст., зі збереженням функцією викиду лівого шлуночка. ФК II. На даний момент хворий знаходиться на диспансерному обліку в кардіолога за місцем проживання.

Таким чином, даний випадок із практики свідчить про певні складнощі при диференційній діагностиці гострої кишкової інфекції і серцевої патології. Вкрай важливо деталізувати епідемічний анамнез з уточненням часу фактичного споживання «підозрілих харчів». Водночас в анамнезі хвороби не було характерного для харчової токсикоінфекції діарейного синдрому, ознак зневоднення, гіпотензії, хоча наявними були виражена блідість шкірних покривів і біль за грудною, раптові напади задухи, що характерні для серцевої патології. Своєчасне додаткове інстру-

ментальне обстеження хворого дозволило діагностувати розвиток міокардиту і провести його лікування.

Література

1. Ломей Я.І. Харчове отруєння як маска, «хамелеон» [Електронний ресурс] / Я.І. Ломей, Ю.Я. Ломей // Медицина неотложных состояний. – 2011. – Режим доступу до ресурсу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/22686>.
2. Клінічні аспекти токсикоінфекції, зумовленої умовно-патогенними збудниками / В.Д. Москалюк, Н.А. Богачик, Я.В. Венгловська [та ін.] // Інфекційні хвороби. – 2012. – № 2. – С. 56-58.
3. Dennert R. Acute viral myocarditis / R. Dennert, H. Crijns, S. Heymans // Eur. Heart J. – 2008. – № 29. – P. 2073-82.
4. Predictors of outcome in patients with suspected myocarditis / I. Kindermann, M. Kindermann, R. Kandolf [et al.] // Circulation. – 2008. – № 118. – P. 639-48.
5. Cardiac troponin-I as a screening tool for myocarditis in children hospitalized for viral infection / M. Renko, M. Leskinen, T. Kontiokari [et al.] // Acta Paediatr. – 2009. – № 4. – P. 12-16.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИНФАРКТОПОДОБНОГО ВАРИАНТА ОСТРОГО МИОКАРДИТА ПОД «МАСКОЙ» ПИЩЕВОЙ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ

А.М. Сокол, А.С. Сидорчук, Н.А. Богачик, Я.В. Венгловская

Резюме. Приведенный случай свидетельствует о типичной ошибке при дифференциальной диагностике острой кишечной инфекции и сердечной патологии. Как выяснилось при детализации эпиданамнеза, творог и сметану пациент употреблял за два дня от начала заболевания. Кроме того, не было характерных для пищевой токсикоинфекции поноса, признаков обезвоживания, снижения артериального давления, хотя отмечались выраженная бледность кожных покровов, и оценка таких жалоб, как боль за грудиной, внезапные приступы удушья, характерные для сердечной патологии. Соответствующее дополнительное обследование больного позволили рано диагностировать миокардит и провести его лечение.

Ключевые слова: диагностическая ошибка, пищевая токсикоинфекция, острый миокардит, нетипичное течение, ЭКГ-диагностика, эпидемиологический анамнез.

CLINICAL CASE OF INFARCTION LIKE VARIANT OF ACUTE MYOCARDITIS UNDER A MASK OF FOOD-BORNE TOXIC INFECTION

A.M. Sokol, A.S. Sydorчук, N.A. Bohachyk, Ya.V. Venglovskaya

Abstract. The case is a typical evidence of error in the differential diagnosis of acute intestinal infections and cardiovascular pathology. As it was established in the detailed epidemiological anamnesis it was two days prior to the onset of the disease that the patient ate cottage cheese with sour cream. Apart from that, there were not diarrhea, signs of dehydration and low blood pressure. However, there were defined the pale skin, and evaluation of such complaints as chest pain, sudden asthma attacks that are typical for heart disease. The appropriate additional examination of the patient allowed early diagnosis of myocarditis and carry out the treatment.

Key words: diagnostic error, food-borne toxic infection, acute myocarditis, atypical course, ECG diagnostics, epidemiological anamnesis.

Higher State Educational Institution of Ukraine "Bukovinian State Medical University" (Chernivtsi)

Рецензент – проф. Т.О. Глашук

Buk. Med. Herald. – 2017. – Vol. 21, № 2 (82), part 2. – P. 171-172

Надійшла до редакції 19.04.2017 року