

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра кардиологии, функциональной и клинико-лабораторной диагностики ИПО

Рецензия КМН Кафедра кардиологии, функциональной и клинико-лабораторной диагностики ИПО Анисимовой Елены Николаевны на реферат ординатора 2 года обучения специальности Функциональная диагностика Михайлова Алексея Евгеньевича по теме: Эхокардиография при инфекционном эндокардите.

Рецензия на реферат – это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочетов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументированно защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако, автор должен придерживаться определенных негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора второго года обучения специальности Функциональная диагностика:

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность	да
2. Наличие орфографических ошибок	да
3. Соответствие текста реферата его теме	да
4. Владение терминологией	да
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	да
6. Логичность доказательной базы	да
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	да
8. Круг использования известных научных источников	да
9. Умение сделать общий вывод	да

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента: —

Дата: 24.11.19

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения
Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра кардиологии, функциональной и клинико-лабораторной диагностики
ИПО

РЕФЕРАТ

Эхокардиография при инфекционном эндокардите

Выполнил: Михайлов Алексей
Евгеньевич

Проверила: доц., к.м.н., Анисимова Е.Н.

Содержание

1. Введение
2. Клиническая картина
3. Диагностика
4. Список литературы

Введение

Инфекционный эндокардит (ИЭ) является следствием повреждения эндоваскулярной инфекцией сердечно-сосудистых структур, как правило, клапанов. В процесс могут вовлекаться и большие внутригрудные сосуды, и внутрисердечные инородные тела (катетеры, зонды и т.д.). Эта патология обычно вызывается бактериями или грибами, в отличие от стерильных тромботических поражений, которые называются небактериальным тромботическим эндокардитом. Инфекционный эндокардит в целом характеризуется поражением эндотелия и структурно состоит из тромбоцитов, фибрина, микроорганизмов и клеток воспаления, а также нарушения целостности клапанов или сосудов различной степени. Эндокардит также может производить широкий спектр системных признаков и симптомов, из-за миграции стерильных и инфицированных эмболов, а также различных иммунологических явлений. Инфекционный эндокардит - смертельное заболевание, если его не лечить.

Характеризующие аспекты болезни были впервые описаны Жан-Франсуа Фернелем в своей книге *Medicini* в 1554 году. Lazaire Riviere поставил данный диагноз клинически пациенту с лихорадкой, который был подтвержден результатами вскрытия пациента в 1723 г. После чего, в 1852 году, Kirkes описал эмболы, возникающие из клапанов сердца в головном мозге, почках, селезенке и других артерий. Были опубликованы работы некоторых из известных врачей, таких как Морганьи и Вирхов. А в 1885 года, инфекционный был полностью документирован и описан, сэром Уильямом Ослером, после его анализа накопленных различных работ. Он и представил их публике в виде всеобъемлющего анализа этой болезни.

Несмотря на существенные улучшения в диагностике и лечении эндокардита клапанов сердца, заболеваемость находится на постоянном увеличении частоте сердечной патологии и в настоящее время в среднем приходится 4,3

новых случаев в год на 100000 населения в Красноярске, аналогичные цифры в России, и от 1,4 до 4 новых случаев за аналогичный период у населения в европейских странах. К сожалению поражение нативных клапанов, в Красноярске по-прежнему связаны с высокой заболеваемостью и смертностью. Даже если ИЭ был ранее связан с поздней медицинской помощью (из-за отсутствия прежде всего эхокардиографии и антибиотиков) и высокой встречаемостью ревматической болезни сердца, многие факторы изменили его эпидемиологию. Поэтому ИЭ сохранил свою заболеваемость вследствие: старения населения, дегенеративных заболеваний клапанов, инъекционным употреблением наркотиков, ростом числа замены клапана, и медицинских вмешательств, т. е. инвазивных сосудистых процедуры. Несколько вариантов клапана эндокардит также были признаны за последние годы - это нозокомиальная т. е. ИЭ вследствие внутривенной наркомании, эндокардит протезированного клапана эндокардит. Внутрибольничный инфекционный эндокардит определяется как острый, т. е. происходящие от 48 до 72 часов или более после поступления в больницу, или эндокардит, непосредственно связанных с больничными процедурами, проведенные во время предварительного пребывания в больнице в течение восьми недель приема. Из-за внутривенного злоупотребления наркотиками наиболее часто поражается трехстворчатый клапан и связан с предыдущими структурными повреждениями клапана. На эндокардит у наркоманов приходится 10-20% случаев. Заболеваемость у пациентов с клапанными протезами, как сообщается, возникает в среднем от 0,2 до 0,8% на каждый год жизни после имплантации клапана. Две формы протезного эндокардита можно выделить: ранний ИЭ, который происходит в течение 60 дней после имплантации клапана, и в поздний ИЭ, происходящий через 60 дней и более после имплантации клапана. ИЭ является более распространенным после протезирования аортального, чем после замены митрального клапана и не влияет на механический и биологические клапаны установлены пациенту.

ИЭ может породить многочисленные экстракардиальные, сердечные и клапанные проявления, в том числе эмболия инфицированными тромботическими массами, продолжение локального разрушения тканей, а также системные проявления, включая васкулит, и ишемические нарушения в органах и тканях. Классическая клиническая картина ИЭ может быть охарактеризовать и разделить на острую и подостро-хроническую

Клиническая картина

Острый ИЭ, внезапно развивается и быстро прогрессирует независимо от здоровья человека или уровня истощения организма. Источником инфекции или входные ворота часто очевидны. Когда вирулентные бактерии или бактериальные воздействия массивны, то есть возникают остро они могут повлиять на нормальные клапаны. Это, как правило, приводит к признакам ухудшения гемодинамики за счет разрушений клапана, вызванных агрессивными формами болезнетворных микроорганизмов. Течение подострого т. е. более скрытого, гораздо труднее диагностировать, и если не провести эхокардиографию может растянуться на многие месяцы. Часто нет явного источника инфекции или входные ворота не очевидны.

Диагностика

Эхокардиография играет ключевую роль в диагностике и лечении инфекционного эндокардита (ИЭ). Окончательный диагноз должен быть основан на получении микроорганизма, вызвавшего ИЭ путем посева крови. В некоторых случаях без использования в диагностике эхокардиографии анализ крови даст неадекватный результат за счет изменения характера клапанной инфекции. Тогда диагноз будет опираться на эхокардиографию в качестве точного неинвазивного метода диагностики.

В большинстве случаев использование трансторакальной ЭхоКГ будет достаточно для оценки эндокардита на аортальном клапане. Чреспищеводная ЭхоКГ может быть показана в случае подозрения на ИЭ при отрицательном

результате обычной эхокардиографии, или для оценки локального распространения инфекции (можно лучше визуализировать полость абсцесса), а также прогнозировать потенциальную эмболизацию, опираясь на размер вегетаций, их рост или постоянство в величине, расположение, количество и подвижность. Как трансторакальная так и чреспищеводная эхокардиографии могут произвести к ложно-отрицательным и ложно-положительным результатам. К счастью это происходит в редких случаях (слишком небольшие вегетации или уже произошла эмболия в другие органы основной их части, соответственно клапанные аномалии, не связанные с текущей инфекцией можно ошибочно принять за ИЭ). Поэтому ЭхоКГ должен быть только одним из важных шагов в диагностической цепочке.

Характерные ЭхоКГ-признаки инфекционного эндокардита: (а) наличие внутрисердечных наложений на клапане либо подклапанных структурах или струи регургитации; (б) абсцесс; (в) новая фистула протеза; (г) появление регургитации на клапане. Изначально местом прикрепления вегетации обычно является желудочковая поверхность полулунных клапанов и предсердная поверхность атриовентрикулярных клапанов. Вегетации часто совершают высокочастотные ундулирующие движения, могут быть линейными, округлыми, неправильной формы или разволокненными.

Чувствительность двухмерной ТТЭхоКГ при выявлении вегетации составляет 65-80%, ЧПЭхоКГ — 95% и зависит от размера, положения вегетации и ЭхоКГ-окна. При ТТЭхоКГ ИЭ протеза диагностируется плохо, хотя чувствительность ЧПЭхоКГ составляет 90%. При подозрении на ИЭ сначала рекомендуется проведение ТТЭхоКГ. Повторные исследования проводят в соответствии с клиническим статусом и состоянием гемодинамики больного. Вегетации в правых отделах сердца часто крупнее, чем в левых, при этом ЧПЭхоКГ редко предоставляет большую диагностическую информацию, чем ТТЭхоКГ. После успешного медикаментозного лечения ИЭ вегетации часто сохраняются, но они не связаны с поздними осложнениями. ЭхоКГ помогает прогнозировать

осложнения ИЭ: эмболии, деструкции клапана и внутрисердечных структур, абсцессы и нарушения гемодинамики. При ИЭ левых отделов сердца подвижность, положение, консистенция и размер вегетации определяют частоту осложнений. Более чем у 50% больных развивается по крайней мере одно осложнение при размере вегетации > 10 мм. При таком размере вегетации выше вероятность развития эмболии, если этиологическим фактором вегетации являются *Staphylococcus*, которые расположены на МК. ИЭ ТК способствует развитию легочных эмболии в 69% случаев.

Список литературы

1. <https://alfa-med.su>
2. Справочник по эхокардиографии – Вилькенсхоф У. – Справочное пособие.