

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра госпитальной терапии и иммунологии с курсом ПО

Рецензия на реферат ординатора Торгунаковой М.С.

«Инфекционный эндокардит. Инфекционный эндокардит у инъекционных наркоманов»

Структурированность	+
Отсутствие орфографических ошибок	+
Соответствие заявленной теме	+
Владение терминологией	+
Раскрытие темы	+
Круг использованной литературы	+

Тема раскрыта, использованы последние материалы, уровень работы
Оценка: положительная/отрицательная

Подпись: к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии и иммунологии с курсом ПО Мосина В.А. *В.А. Мосина*

Дата: 15.04.21

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России
Кафедра госпитальной терапии и иммунологии с курсом ПО

Реферат

Инфекционный эндокардит. Инфекционный эндокардит у инъекционных
наркоманов

Выполнила: ординатор
специальности терапия

Торгунакова М.С.

Красноярск, 2021г

Оглавление

Введение	3
Этиология	4
Патогенез	6
Инфекционный эндокардит у инъекционных наркоманов	9
Актуальность	9
Клиника	10
Особенности течения	11
Хирургическое лечение	13
Список литературы	14

Введение

Инфекционный эндокардит – воспалительное поражение эндокарда клапанных структур, пристеночного эндокарда и искусственных материалов, применяемых для коррекции порока, а также внутрисердечных инородных тел (электроды ЭКС и т.д.), обусловленное прямым внедрением возбудителя и протекающее чаще всего по типу сепсиса остро или подостро с циркуляцией возбудителя в крови, эмболиями, иммунопатологическими и тромбгеморрагическими изменениями

За последние 30 лет не снижается ни заболеваемость, ни смертность от ИЭ, несмотря на значительный прогресс в диагностике и лечении

Заболеваемость ИЭ в РФ составляет более 10000 человек в год, из них около 2500 нуждаются в оперативном лечении. Чаще заболевают лица трудоспособного возраста

Растет число случаев эндокардита наркоманов, эндокардита у больных с искусственными клапанами, нозокомиального эндокардита после диагностических манипуляций

Летальность от ИЭ остается высокой - 24–30% , а у лиц пожилого возраста – более 40%.

Инфекционный эндокардит остается смертельно опасным заболеванием.

Летальность при ИЭ составляет:

- 11 - 27% во время лечения в стационаре
- 18- 40% при более длительной оценке (в течение года)

- достигает 84% в тяжелых случаях острого ИЭ, потребовавших госпитализации в отделение интенсивной терапии

Этиология

Инфекционный эндокардит является полиэтиологическим заболеванием. В настоящее время изменился эпидемиологический профиль заболевания:

- вырос удельный вес ИЭ, вызванных стафилококками при значительном уменьшении роли стрептококков в развитии заболевания
- увеличилось число случаев ИЭ, вызванного анаэробной микрофлорой (8-12%)
- вырос удельный вес грамотрицательных бактерий группы НАСЕК (*Haemophilus*, *Actinobacillus actinomycetecomitans*, *Cardiobacterium hominis*, *Eikenella corrodens*, *Kingella Kingae*) - 4-21% и грибов - 4-7%.

Типичные возбудители

- Стафилококки: *S.aureus*, *S.epidermidis* и другие
- Стрептококки: стрептококки зеленыщей группы (*S.mitis*, *S.sanguis*, *S.oralis*, *S.salivaris*, *S.mutans*, *S.milleri*, *Gemella morbillorum*), *S.bovis*, *S.pneumoniae*, *S.pyogenes*, *Abiotrophia*
- Энтерококки: *E.faecalis* и *E.faecium*
- НАСЕК группа: - Г(-)бактерии: *Haemophilus*, *Aggregatibacter*, *Cardiobacterium hominis*, *Eikenella corrodens*, *Kingella*

Более редкие

- Грам-отрицательные бактерии: Г(-) бактерии: *Salmonella*, *Enterobacter*, *E.coli*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella*, *Serratia*, *Pseudomonas*, *Neisseria gonorrhoeae*, условно патогенные нейссерии, *Moraxella catarrhalis*, менингококки

Редкие

- Грибы: *Candida* и *Aspergillus*
- Другие- *Bartonella*, *Chlamydia*, *Coxiella burnetii*, *Brucella*, *Legionella*, *Tropheryma whipplei*, *Nocardia*

Патогенез

К основным патогенетическим факторам развития ИЭ относятся:

- повреждение эндокарда;
- бактериемия;
- адгезия и размножение патогенных бактерий на клапанах;
- ослабление противоинфекционной защиты макроорганизма;
- развитие сердечной недостаточности;
- формирование системной воспалительной реакции организма.

Учитывая возможность развития транзиторной бактериемии, выделены группы, у которых имеются предпосылки повреждения эндокарда и которые нуждаются в проведении профилактической антимикробной терапии:

Ситуации с высоким риском бактериемии, предрасполагающие к инфицированию эндокарда:

- Очаги инфекции: Тонзиллиты, кариозные зубы, пиелонефрит, цистит
- Снижение резистентности организма: Переохлаждение, алкоголизм, наркомания, цитостатическая терапия, СД, ВИЧ, онкопатология, травмы, ожоги
- Изменения клапанного аппарата сердца: Пороки сердца. Перенесенный эндокардит. Гипертрофическая КМП
- Врачебные манипуляции: Гемодиализ. Полостные операции. Инвазивные исследования- ФКС, ФБС, катетеризация вен, мочевого пузыря

Заболевания сердца с высоким риском присоединения ИЭ:

- Протезированные клапаны сердца (в том числе биологические транспланты-10-20% , процедуры транскатетерной имплантации , графты)
- Ранее перенесенный инфекционный эндокардит
- Пороки :
 1. сложные нелеченные врождённые пороки сердца «цианотического» типа (в том числе после хирургической коррекции-паллиативные шунтирующие операции , кондуиты и др .)
 2. любой тип ВПС , для коррекции которого применялся искусств.материал , помещенный хирургически или чрезкожно- в течение первых 6 месяцев после операции или пожизненно , если есть остаточный сброс крови или регургитация

Заболевания сердца со средним риском присоединения ИЭ (не требуют назначения АБ)

- Приобретённые клапанные пороки сердца
- Врожденные пороки сердца «нецианотического» типа, включая бicuspidальный аортальный клапан (исключается вторичный дефект межпредсердной перегородки)
- Пропалс митрального клапана с выраженной регургитацией или значительным утолщением клапана (миксоматозная дегенерация)
- Гипертрофическая кардиомиопатия

Низкий риск присоединения ИЭ

- Вторичный дефект межпредсердной перегородки
- После хирургических операций по поводу перевязки открытого артериального протока и пластики дефекта межпредсердной перегородки
- Пропалс митрального клапана без регургитации

- После операции аортокоронарного шунтирования
- После имплантации электрокардиостимулятора
- При функциональных шумах сердца

Патогенез ИЭ

- Инфицирование эндокарда происходит при транзиторной или стойкой бактериемии, вызванной микроорганизмами, которые способны фиксироваться на эндокарде
- Прилипание микроорганизмов облегчается наличием механического или воспалительного поражения эндотелия
- На эндокарде образуются тромботические инфицированные «вегетации», в основании которых происходит изъязвление с деструкцией прилежащих тканей

Типичная локализация инфекционного эндокардита – места, испытывающие «гидравлический удар»

- линия смыкания створок на желудочковой поверхности аортального клапана
- линия смыкания створок на предсердной поверхности митрального или трикуспидального клапанов
- пристеночный эндокард со стороны «сброса» при дефекте межжелудочковой перегородки.

Инфекционный эндокардит у инъекционных наркоманов

Актуальность

Проблема инфекционного эндокардита у пациентов, употребляющих наркотики внутривенно приобретает значимую актуальность в связи с ростом заболеваемости в большинстве развитых стран мира.

Треть среди заболевших ИЭ это лица относительно молодого возраста, средний возраст которых около 30 лет. ИЭ ответственен за 5-10% смертей в популяции внутривенных наркоманов.

В нескольких вариантах классификаций ИЭ в том числе и в рекомендациях ESC, 2009, 2015 у лиц, употребляющих наркотики внутривенно ИЭ выделен в особую форму.

Клиника

Самым часто выявляемым и стабильным проявлением ИЭ у наркоманов является лихорадка. Она наблюдается у 90-95% больных, достигая цифр 38-39 градусов, реже имеет место субфебрилитет. Характерны общая слабость, недомогание, потеря или снижение аппетита, усиленное потоотделение. Обычная манифестация правостороннего эндокардита наркоманов: сохраняющаяся лихорадка, бактериемия и множественные септические легочные эмболы, которые могут проявляться как боль в груди, кашель и кровохарканье. Рентгенологически при этом выявляют признаки пневмонии, чаще двусторонней полисегментарной, возможно с очагами деструкции, плеврит. Распространенный легочный процесс в этих случаях в клинике заболевания доминирует, отодвигая другие проявления эндокардита на второй план. Развитие пневмоний связано с возникновением тромбоэмболического синдрома вегетациями и их частицами в русло легочной артерии. Каждое новое эмболическое событие нафаршированными микробами тромбом сопровождается развитием инфарктпневмонии с очередным повышением температуры тела вследствие высокой вирулентности возбудителя (в основном стафилококка).

Пальпаторно и по данным УЗИ органов брюшной полости у большинства больных наркоманов выявляется спленомегалия и реже гепатомегалия. Клинически эмболии селезенки и инфаркты при левосторонней локализации эндокардита проявляются приступами боли в левом подреберье с иррадиацией болей в левую половину грудной клетки, поясницу.

Жалобы на боли в прекардиальной области, нарушения ритма сердца при правостороннем эндокардите встречаются много реже, чем при

поражении митрального и аортального клапанов. Всеми авторами описывается факт более редкого и позднего развития клиники сердечной недостаточности при правостороннем ИЭ.

Клинические признаки поражения почек при ИЭ проявляются умеренной протеинурией, гематурией иногда в сочетании с небольшой цилиндурией, при этом развитие азотемии описывается редко. Вероятность ИЭ обязательно следует рассматривать в случае острого или подострого нефритического синдрома у лихорадящих больных.

Периферические стигмы ИЭ встречаются у наркоманов с такой же частотой, как и у ненаркоманов, но как явление свойственное ИЭ сегодня кожные проявления встречаются редко (у 22-25%).

Из параклинических признаков активности воспалительного процесса у наркоманов, как и у ненаркоманов часто бывает ускорена СОЭ (более чем у 90% больных), лейкоцитоз, у большинства больных повышены цифры С-реактивного белка, увеличен фибриноген крови. По сравнению с группой ненаркоманов описана более выраженная анемия (у 95% больных) и более низкие цифры тромбоцитов периферической крови.

Особенности течения

- ИЭ наркоманов протекает преимущественно на неизмененных клапанах и чаще в острой форме;
- По локализации ИЭ наркоманов является правосторонним, чаще изолированным на трикуспидальном клапане, поражение митрального или аортального встречается много реже;
- Длина вегетаций более 20 мм и грибковая этиология были главными предикторами смерти;
- Для ВИЧ-инфицированных больных с ИЭ число CD4 менее 200кл в мкл – предиктор неблагоприятного прогноза;

- По данным зарубежных авторов 2-17% обследованных больных наркоманов ИЭ являются носителями HBs-антигена, еще выше процент определения антител к вирусам гепатита С и В;
- Низкая приверженность к лечению - только 10 % наркоманов пытаются изменить жизненную ситуацию ;

Хирургическое лечение

Учитывая частоту рецидивов ИЭ при продолжении употребления наркотических средств, у наркоманов с правосторонним ИЭ нативного клапана согласно клиническим рекомендациям ESC от 2015 г. хирургии следует избегать.

Показаниями к хирургическому лечению правостороннего ИЭ являются:

- правосторонняя СН вторичная по отношению к тяжелой регургитации на трехстворчатом клапане с плохим ответом на диуретики;

- вегетации на трехстворчатом клапане более 20 мм, которые сохраняются после повторной легочной эмболии с или без сопутствующей правосторонней СН;

- ИЭ, вызванный микроорганизмами, которые трудно уничтожить (например, персистирующие грибки) или бактериемия в течение как минимум 7 дней (например, *S.aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*), несмотря на адекватную антимикробную терапию.

Результаты недавнего национального исследования показали, что тремя самыми распространенными хирургическими стратегиями для ИЭ трехстворчатого клапана являются: вальвулоэктомия, восстановление клапана и замена клапана.

Замена трехстворчатого клапана используется в большинстве случаев, и в основном, при этом используются биопротезы. Несмотря на относительно низкую смертность при госпитализации, правосторонний ИЭ часто повторяется у наркоманов с в/в введением, и хирургия рекомендуется, если есть безуспешность медикаментозной терапии, повторяющиеся эпизоды септических эмболов в легкие.

Список литературы

1. Демко И.В. , Пелиновская Л.И. , Манхаева М.В. , Ищенко О.П. , Мосина В.А., Крапошина А.Ю , Иваницкая Э.Э. Особенности течения инфекционного эндокардита у инъекционных наркоманов. Российский кардиологический журнал. 2019;24(6):97–102 <http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2019-6-97-102>.
2. Российские клинические рекомендации Инфекционный эндокардит. 2016г.
3. Tazevell B, Ross F, Nayab A. Infective endocarditis in heroin addict. Am. J. Cardiol. 2007;55:444-51.
4. Гусманов Д.С. Инфекционный эндокардит у инъекционных наркоманов. Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. 2013;14 (1):18-25.
5. Филипенко П.С., Драгоман Е.А. Инфекционный эндокардит у инъекционных наркоманов. Часть 1. Особенности этиологии, патогенеза и течения. Клиническая медицина. 2010;1:9-14.
6. De Rosa FG, Cicalini S, Santa F, et al. Infective endocarditis in intravenous drug users from Italy: the increasing importance in HIV-infected patients. J. Infect. 2007;35 (3):154-60.
7. ESC Guidelines on managing patients with an infectious endocarditis. Russ J Cardiol. 2016; (5):65-116. (In Russ.)