

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ В Г. СУРГУТЕ

В. А. Карпин, Б. Т. Зульфикарова

Проведен анализ летальности больных инфекционным эндокардитом в г. Сургуте за период 2006–2013 гг. Частота первичного обнаружения инфекционного эндокардита при операции или патологоанатомическом вскрытии достигает 25–35 %. В 8 случаях (47,1 %) на аутопсии обнаружены патоморфологические признаки диффузного миокардита с вторичной дилатацией полостей сердца. При этом на клиническом этапе данный диагноз был выставлен только у половины больных. Полученная информация будет способствовать более точному определению тяжести заболевания и неблагоприятного прогноза.

Ключевые слова: инфекционный эндокардит, анализ летальности.

ВВЕДЕНИЕ

Инфекционный эндокардит (ИЭ) на протяжении всей длительной истории своего существования остается актуальной проблемой клинической медицины. Несмотря на значительные достижения в области антибактериальной терапии и оперативной хирургии, в последние десятилетия во всем мире отмечается неуклонный рост заболеваемости. ИЭ по-прежнему относится к числу тяжелых заболеваний с большим числом осложнений и высоким уровнем летальности. На фоне адекватной терапии летальность отмечается в 15–30 % случаев, а при отсутствии лечения достигает 100 % [1–8]. В связи с этим немаловажная роль в повышении эффективности лечения данного контингента больных принадлежит ранней диагностике, а также своевременной и объективной оценке тяжести состояния больных, выявлению клинических признаков неблагоприятного прогноза. Существенный вклад в реализацию этих актуальных задач может внести целенаправленный анализ летальности больных ИЭ.

Цель работы – провести анализ причин летальности по данным аутопсии у пациентов с инфекционным эндокардитом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ летальности 17 случаев ИЭ в г. Сургуте за период 2006–2013 гг. В обследование введены 12 мужчин и 5 женщин. Средний возраст составил 44 ± 15 лет. Всем больным проведено необходимое

диагностическое обследование. Прижизненный диагноз считали достоверным согласно диагностическим критериям Дьюка (Duke). У всех больных имелось 2 основных критерия ИЭ: наличие клапанных вегетаций и положительный бактериологический посев крови. Статистический анализ выполняли с использованием программы Statistica 6.0 (StatSoft).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Учитывая, что наиболее часто случаи летальности сопровождались обнаружением в крови золотистого кровотока (*Staphylococcus aureus*) – 55,6 % случаев, можно утверждать, что стафилококк является важнейшим предиктором неблагоприятного прогноза этого заболевания. Данный вывод подтверждается результатами многочисленных современных исследований [4, 8–13], когда данный возбудитель выявлялся как этиологическая причина заболевания. Причем В. Г. Дэниел с соавт. [6] прямо подчеркивают, что смертность была наиболее высокой именно при стафилококковом ИЭ.

Для ИЭ ранее было характерно поражение клапанов, уже измененных другими заболеваниями (как правило, на фоне врожденных или приобретенных пороков сердца). Однако в последнее время все чаще встречается первичный ИЭ (т. е. поражение нативных, неизмененных клапанов сердца). Первичный ИЭ выявлен в наших исследованиях на аутопсии в 12 (70,6 %) случаях из 17. Более тяжелое течение первичного ИЭ воз-

ANALYSIS OF MORTALITY RATE IN PATIENTS WITH INFECTIVE ENDOCARDITIS IN SURGUT

V. A. Karpin, B. T. Zulfigarova

The mortality rate in infectious endocarditis (IE) patients in Surgut in 2006–2013 has been analyzed. The essential IE identification through surgery or autopsy has been as high as 25...35 %. In 8 cases (47.1 %) the autopsy revealed pathomorphological signs of diffuse endocarditis with secondary cardiac cavity dilatation. However, only half of the patients have been diagnosed with IE. The information would facilitate better disease severity estimation and dismal prognosis.

Keywords: infective endocarditis, analysis of mortality.

можно связано с тем, что он характеризуется острым течением, а также отсутствием длительной адаптации организма к гемодинамическим сдвигам, которые имеют место при вторичном поражении уже измененных сердечных клапанов. В последние годы по данным многочисленных исследований отмечен неуклонный рост частоты первичного эндокардита [1–5, 8, 12–13], при этом золотистый стафилококк, обнаруживаемый при этом заболевании, значительно усиливает валидность неблагоприятного прогноза [14–15].

У большинства умерших больных – 15 (88,2 %) – при развитии ИЭ преобладало поражение левых камер сердца – митрального и аортального клапанов, и только в 2 (11,8 %) случаях выявлено поражение трикуспидального клапана. Одной из причин неблагоприятного исхода у пациентов с ИЭ может явиться поздняя диагностика заболевания, что может быть объяснимо локализацией поражения. У больных с правосторонним ИЭ клинический диагноз устанавливали в среднем в течение недели, в то время как при поражении левых камер сердца время между дебютом заболевания и госпитализацией в стационар составляло в среднем 4 недели. Действительно, прижизненный диагноз зачастую устанавливают поздно, в течение 1,5–2 месяцев, особенно при первичном ИЭ. Частота первичного обнаружения ИЭ при операции или патологоанатомическом вскрытии достигает 25–35 %. Одной из основных причин диагностики является полиморфизм клинической картины заболевания, а также множество экстракардиальных проявлений [1, 8, 16–17].

В 8 случаях (47,1 %) на аутопсии обнаружены патоморфологические признаки диффузного миокардита с вторичной дилатацией полостей сердца. На клиническом этапе данный диагноз был выставлен только у половины больных. Диффузное нарушение сократительной способности миокарда приводит к постепенному снижению фракции выброса с развитием прогрессирующей сердечной недостаточности, которая, по мнению исследователей [18–19], является важнейшим предиктором госпитальной смертности.

О. М. Буткевич и Т. Л. Виноградова [20] утверждают, что поражение миокарда в той или иной степени наблюдается и подтверждается морфологически у всех больных первичным ИЭ, однако развернутая клиническая картина миокардита наблюдается достаточно редко, что необходимо учитывать при диагностическом обследовании данной категории больных. Своевременно начатая целенаправленная медикаментозная терапия миокардита существенно повысит эффективность проводимого комплексного лечения ИЭ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Какие выводы можно сделать для клиники по результатам аутопсии? Какую дополнительную информацию может дать вскрытие для более точного определения тяжести течения ИЭ и неблагоприятного прогноза?

1. Оценка микробного профиля ИЭ указывает на то, что наиболее вирулентным при данном заболевании является стафилококк, который требует оптимальной тактики комплексной рациональной антибактериальной терапии.

2. В прошлые десятилетия существовало общепринятое мнение, что ИЭ, как правило, поражает уже измененные клапаны сердца. В настоящее время на первое место выходит первичный эндокардит, поражающий интактные клапаны. В связи с этим необходима более детальная разработка специфических профилактических (гигиенических) мероприятий эндокардита.

3. По-прежнему не снижается актуальность проблемы поздней диагностики ИЭ. Совершенствование диагностической методологии будет способствовать существенному снижению летальности данной категории больных.

4. При диспансерном наблюдении больных ИЭ необходимо раннее выявление начальных признаков хронической застойной сердечной недостаточности, а также диагностика и комплексное лечение различных поражений миокарда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Николаевский Е. Н., Аврам Г. Х., Солдатенко М. В., Пичко Г. А. Современные аспекты диагностики инфекционного эндокардита // *Клинич. медицина*. 2007. № 7. С. 4–9.
2. Уланова В. И., Мазуров В. И. *Инфекционный эндокардит*. СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2007. 128 с.
3. Тюрина Т. В. *Инфекционный эндокардит* // *Кардиология : рук. для врачей*. СПб. : СпецЛит, 2008. Т. 2. С. 72–91.
4. Идов Э. М., Резник И. И. *Клапанный инфекционный эндокардит: эволюция, клиника, лечение*. Екатеринбург : УГМА, 2009. 305 с.
5. Огороков А. Н. *Инфекционный эндокардит* // *Диагностика болезней внутренних органов*. Т. 9. М. : Мед. лит., 2009. С. 76–190.
6. Дэниел В. Г., Флэшкамф Ф. А. *Инфекционный эндокардит* // *Болезни сердца и сосудов : рук. Европейского общества кардиологов*. М. : ГОЭТАР-Медиа, 2011. С. 835–849.
7. Тюрин В. П. *Инфекционные эндокардиты*. М. : ГОЭТАР-Медиа, 2012. 368 с.
8. Sadaka M., El-Sharkawy E., Soliman M. et al. Study of infective endocarditis in Alexandria main university hospitals // *Egyptian Heart Journal*. 2013. Vol. 65. № 4. P. 307–317.
9. Чипигина Н. С., Куличенко В. П. *Инфекционный эндокардит* // *Кардиология : нац. рук. М. : ГОЭТАР-Медиа, 2008. С. 901–920*.
10. Писарев М. В. *Инфекционный эндокардит* // *Кардиология : клинич. рек. М. : ГОЭТАР-Медиа, 2009. С. 362–385*.

11. Rasmussen R. V., Host U., Arpi M. et al. Prevalence of infective endocarditis in patients with *Staphylococcus aureus* bacteraemia: the value of screening with echocardiography // *Eur Heart J.* 2011. Vol. 12. P. 414–420.
12. Ferraris L., Milazzo L., Ricaboni D. et al. Profile of infective endocarditis observed from 2003–2010 in a single center in Italy // *BMC Infectious Diseases.* 2013. Vol. 13. Is. 1. № 545.
13. Gupta A., Gupta A., Kaul U., Varma A. Infective endocarditis in an Indian setup: Are we entering the «modern» era? // *Indian J Crit Care Med.* 2013. Vol. 17. № 3. P. 140–147.
14. Моисеев В. С., Моисеев С. В., Кобалава Ж. Д. Инфекционный эндокардит // *Болезни сердца : рук. для врачей.* М. : МИА, 2008. С. 121–141.
15. Castillo J. C., Anguita M. P., Ruiz M. et al. Changing epidemiology of native valve infective endocarditis // *Rev Espan Cardiol.* 2011. Vol. 64. № 7. P. 594–598.
16. Гуревич М. А., Тазина С. Я., Кабанова Т. Г. Первичный инфекционный эндокардит // *Рос. мед. журн.* 2007. № 3. С. 40–44.
17. Korf C., Cune A., Flueckiger U. et al. 10 years of infective endocarditis in Germany – a comparison of the ALKK- and the ZEN-registry // *Eur Heart J.* 2008. Vol. 29. P. 781.
18. Nadji G., Rusinaru D., Remadi J. P. et al. Heart failure in left-sided native valve infective endocarditis: characteristics, prognosis, and results of surgical treatment // *Eur Heart J.* 2009. Vol. 11. P. 668–675.
19. Зульфигарова Б. Т., Карпин В. А. Инфекционный эндокардит в Сургуте // *Вестн. СурГУ. Медицина.* 2016. № 3 (29). С. 57–58.
20. Буткевич О. М., Виноградова Т. Л. Инфекционный эндокардит. М. : Оверлей, 2007. 164 с.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Карпин Владимир Александрович – доктор медицинских наук, доктор философских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии Медицинского института, Сургутский государственный университет; e-mail: kafter57@mail.ru.

Зульфигарова Бэла Тахировна – аспирант кафедры факультетской терапии Медицинского института, Сургутский государственный университет; e-mail: bellasurgut08@yandex.ru.

ABOUT THE AUTHORS

Karpin Vladimir Aleksandrovich – Doctor of Science (Medicine), Doctor of Science (Philosophy), Professor, Head, Department of Theoretical Therapy, Medical Institute, Surgut State University; e-mail: kafter57@mail.ru.

Zulfigarova Bela Takhirovna – Doctorate Student, Department of Theoretical Therapy, Medical Institute, Surgut State University; e-mail: bellasurgut08@yandex.ru.