

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.126-022.7:364.446:316.7

ГЕНДЕРНЫЕ И КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У НАРКОЗАВИСИМЫХ ПАЦИЕНТОВ

Л. А. Бокерия*, И. И. Скопин, И. В. Самородская, В. А. Мироненко, В. М. Умаров, А. А. Макушин, Д. С. Гусманов

ФГБУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева» (директор – академик РАН и РАМН Л. А. Бокерия) РАМН, Москва

Инфекционный эндокардит инъекционных наркоманов – актуальная проблема современной медицины, что связано с ростом заболеваемости, резистентностью к антибактериальной терапии, высокой летальностью. Целью исследования явился сравнительный анализ течения инфекционного эндокардита (ИЭ) и обобщение опыта его хирургического лечения у мужчин и женщин, страдающих наркоманией.

Материал и методы. Проведено ретроспективное обсервационное исследование на базе регистра пациентов, оперированных в НЦССХ им А. Н. Бакулева РАМН в период 2000–2010 гг. В исследование включены 107 пациентов, из них 32 женщины и 75 мужчин. У 7,4% пациентов диагноз установлен только в НЦССХ; 12,1% пациентов при поступлении в стационар не получали антибактериальной терапии.

Результаты. Средний возраст пациентов составил $28,6 \pm 5,4$ года. Стаж инъекционной наркомании – $7,4 \pm 4,6$ года. Не работают и находятся на иждивении у родственников 79,4% пациентов. Посевы крови до операции были положительными в 74,8% случаев. Не выявлено статистически достоверных различий в среднем возрасте женщин и мужчин ($p = 0,9$), их социальных характеристиках, среднем стаже употребления наркотических препаратов ($p = 0,5$), частоте положительных посевов и структуре возбудителя. Героиновая наркомания зарегистрирована у 41% пациентов, полинаркомания – у 19%, но структура потребления наркотических препаратов мужчинами и женщинами статистически достоверно различалась ($p = 0,02$). Среди женщин достоверно чаще регистрировались инфаркт легких (пневмония) (15,6 против 5,3% у мужчин; $p = 0,05$); анемия (59,4 против 12,0% у мужчин; $p < 0,0001$); тромбоцитопения (34,4 против 8,0% у мужчин; $p = 0,001$); острый диффузный миокардит ($p < 0,0001$); пиелонефрит (12,5 против 1,3%; $p = 0,04$). В то же время абсцесс почки и гломерулонефрит чаще отмечались у мужчин: абсцесс почки – у 3,1% женщин и 6,7% мужчин ($p = 0,04$) и гломерулонефрит – у 6,3 и 14,7% ($p = 0,04$) соответственно. Поражение трикуспидального клапана выявлено у 92% пациентов (протезный эндокардит – у 13,1%). Всего протезный эндокардит зарегистрирован у 16 (15%) пациентов исследуемой группы. Не выявлено статистически достоверной взаимосвязи между полом больного и структурой поражения клапанов сердца, полом и типом операций. Летальность в раннем послеоперационном периоде составила 2,8% – 1 (3,1%) женщина и 2 (2,7%) мужчины ($p = 0,9$).

Заключение. Для больных наркоманией и ИЭ типичны молодой возраст, социальная дезадаптация, развитие процесса на исходно непораженных клапанах и протезный эндокардит, высокая частота инфицирования вирусом гепатита С и ВИЧ. Выявленные различия в клиническом течении ИЭ среди мужчин и женщин могут быть обусловлены как гендерными особенностями, так и различиями в структуре потребления наркотических препаратов.

Ключевые слова: инфекционный эндокардит, инъекционные наркоманы, клиническая картина, протезированный клапан сердца, реоперация.

Gender and clinic-social features of infectious endocarditis in narcodependent patients

L. A. Bockeria*, I. I. Skopin, I. V. Samorodskaya, V. A. Mironenko, V. M. Umarov, A. A. Makushin, D. S. Gusmanov

Bakoulev Scientific Center for Cardiovascular Surgery of the Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

The infectious endocarditis (IE) of injection addicts is an actual problem of modern medicine that is connected with the incidence growth, resistance to antibacterial therapy, high lethality.

Research objective was to carry out the comparative analysis of IE current and to generalize experience of its surgical treatment in men and women having drug addiction.

Material and methods. Retrospective observation research on the basis of the register of the patients operated in Bakoulev Scientific Center for Cardiovascular Surgery during 2000–2010 was carried out. 107 patients (32 women and 75 men) were included in research. The diagnosis of 7,4% of patients is established only in the Center; at receipt in the hospital 12,1% of patients didn't receive antibacterial therapy.

Results. Average age of patients was $28,6 \pm 5,4$ years. Experience of injection drug addiction was $7,4 \pm 4,6$ years. 79,4% of patients don't work and are in dependence on relatives. Blood crops before operation were positive in 74,8% of cases. It wasn't revealed statistically reliable distinctions in the middle age of women and men ($p = 0,9$); their social characteristics, average experience of the use of narcotic preparations ($p = 0,5$); frequency of positive crops and activator structure. Heroin drug addiction was registered in 41% of patients, addiction to many drugs in 19% of patients, but the structure of consumption of narcotic preparations statistically authentically differed in men and women ($p = 0,02$). Among

* Бокерия Лео Антонович, доктор мед. наук, профессор, академик РАН и РАМН. 121552, Москва, Рублевское шоссе, д. 135. E-mail: leoan@heart-house.ru

women were registered the heart attack of lungs (pneumonia) – in 15,6% patients against 5,3% in men ($p=0,05$) authentically more often; anemia (59,4 against 12,0% in men, $p<0,0001$); thrombocytopenia (34,4 against 8,0% in men, $p=0,001$); sharp diffusion myocarditis ($p<0,0001$); pyelonephritis (12,5 against 1,3%; $p=0,04$). At the same time abscess of a kidney and glomerulonephritis were more often noted in men (3,1% in women and 6,7% in men, $p=0,04$; and 6,3 and 14,7%, $p=0,04$, respectively). Defeat of the tricuspid valve is revealed in 92% of patients (prosthetic endocarditis in 13,1%). In all prosthetic endocarditis was registered in 16 (15%) patients of studied group. It isn't revealed statistically reliable interrelation between patient gender and structure of defeat of valves of heart, patient gender and type of operation. During the early postoperative period the lethality was 2,8% (in 3,1% women; in 2,7% men, $p=0,9$). *Conclusion.* The young age, social disadaptations, process development on initially not struck valves and prosthetic endocarditis, the high frequency of infection by the C hepatitis virus and HIV are typical for patients with drug addiction and IE. The revealed distinctions of clinical current of IE among men and women can be caused both gender features, and distinctions in structure of consumption of narcotic preparations.

Key words: infection endocarditis, injection addicts, the clinical picture, prosthetic heart valve, reoperation.

Введение

В большинстве стран (США, Франция, Канада, Швеция, Англия, Германия, Италия, Россия, страны Средней Азии) отмечается рост заболеваемости инфекционным эндокардитом (ИЭ) среди инъекционных наркоманов [2, 11, 19]. Инфекционный эндокардит у наркоманов протекает на фоне изменения структуры этиологических факторов, высокой частоты вирусных гепатитов (В и С), ВИЧ-инфекции, сифилиса, сопровождается высокой частотой реопераций и высокой летальностью в связи возвратом пациентов к употреблению внутривенных наркотических веществ. Особенностью клинической картины ИЭ наркоманов, использующих внутривенное введение суррогатов опия, является острое течение заболевания с поражением интактных клапанов правых камер сердца в сочетании с септициемией, вызванной золотистым стафилококком [6, 9, 25].

Цель исследования: провести сравнительный анализ течения ИЭ и обобщить опыт его хирургического лечения у мужчин и женщин, страдающих наркоманией.

Материал и методы

В исследование включены 107 пациентов (75 мужчин, 32 женщины), у которых ИЭ с поражением клапанов сердца развился на фоне использования инъекционных наркотиков и которым выполнено оперативное вмешательство в период с 2000 по 2010 г. Диагноз наркомании устанавливался на основании анамнестических данных и выписок из истории болезни, указывающих на употребление пациентом инъекционных наркотиков. Для диагностики ИЭ использованы критерии Duke [20]. Верификация диагноза ИЭ проводилась во время и после операции при исследовании интраоперационного материала. Операции на клапанах сердца выполнялись как в условиях кардиopleгии, так и на работающем сердце в режиме параллельной перфузии.

Учитывая, что в автоматизированной истории болезни предусмотрен формализованный ввод данных не для всех тестируемых в исследовании показателей, необходимые данные выбраны из ее текстовой части, закодированы и введены в таблицы Excel. Затем данные обработаны с помощью программы SPSS (версия 13). При анализе материала рассчитывались средние величины (M), стандартные отклонения (SD) и 95% доверительный интервал. Сравнение показателей в группах выполнено с помощью критерия Стьюдента

для количественных, χ^2 – для качественных показателей. Различия считали статистически достоверными при $p<0,05$.

Результаты

Средний возраст пациентов, включенных в исследование, составил $28,6 \pm 5,4$ года (от 16 лет до 41 года). Средний возраст женщин составил $27,6 \pm 5,5$ года, мужчин – $28,8 \pm 5,2$ года ($p=0,9$). Подавляющее большинство пациентов являются социально незащищенными: 79,4% пациентов не работают и находятся на иждивении у родственников (среди женщин – 81,3%, среди мужчин – 78,7%); инвалидность по заболеванию определена у 2 (1,9%) мужчин, 4 (3,7%) пациента – учащиеся. Работали на момент диагностики ИЭ всего 15% пациентов (среди женщин – 12,5%, среди мужчин – 16%).

Средний стаж инъекционной наркомании составил $7,4 \pm 4,6$ года (от 1 года до 19 лет), у женщин он был равен $6,7 \pm 4,1$ года, у мужчин – $7,7 \pm 4,7$ года ($p=0,5$).

Героин употребляли 44 (41,1%) пациента: 20 (62,5%) женщин и 24 (32%) мужчины. Двадцать шесть (34,7%) мужчин употребляли наркотические вещества, которые являлись производными мака, среди женщин частота таких наркоманий составила 9,4% (3 наблюдения). Полинаркомания зарегистрирована в 21 (19,6%) случае: у 14 (18,7%) мужчин и 7 (21,9%) женщин; сочетание амфетамина, метадона и бутерфалона использовали 7 (6,5%) пациентов – 5 (6,7%) мужчин и 2 (6,3%) женщины; дезоморфин – 4 мужчины, морфий – 2 (рис. 1). Употребление героина у женщин зарегистрировано чаще, чем у мужчин; в свою очередь, употребление дезоморфина и морфия было отмечено только у мужчин ($p=0,02$).

Посевы крови до операции были положительными в 75,7% случаев – у 56 (74,7%) мужчин и 25 (78,1%) женщин ($p=0,3$). У женщин чаще регистрировался золотистый и эпидермальный стафилококк как этиологический фактор развития активного ИЭ клапанов сердца (рис. 2). Энтерококки чаще высевались у мужчин. Грибы рода *Candida* в нашем исследовании обнаружены только у мужчин. В то же время статистически достоверных различий в этиологической структуре ИЭ между группами мужчин и женщин не выявлено ($p=0,7$).

В 84 (78,5%) случаях – у 25 (78,1%) женщин и 59 (78,7%) мужчин – активный ИЭ зарегистрирован на интактных клапанах сердца. Протезный эндокардит развился у 15 (14%) пациентов – у 5 (15,6%) женщин



Рис. 1. Наркотические вещества, употребляемые наркозависимыми пациентами

и 10 (13,3%) мужчин, эндокардит на фоне ревматического поражения клапанов – у 7 (6,5%) пациентов – у 2 (6,3%) женщин и 5 (6,7%) мужчин, на фоне врожденного порока сердца – у 1 (1%) мужчины. Взаимосвязи между особенностями исходного состояния клапанного аппарата и полом пациента не выявлено ($p=0,9$).

По данным ЭхоКГ вегетации были выявлены на трикуспидальном клапане у 85 (79,4%) пациентов – у 28 (87,5%) женщин и 57 (76,0%) мужчин ($p=0,2$); на митральном клапане – у 22 (20,6%) пациентов – у 5 (15,6%) женщин и 17 (22,7%) мужчин ($p=0,4$); на аортальном клапане – у 14 (13,1%) пациентов – у 3 (9,4%) женщин и 11 (14,7%) мужчин ($p=0,4$); на клапане легочной артерии – у 1 (0,9%) мужчины ($p=0,5$). Структура поражения клапанов у мужчин и женщин достоверно не различалась (рис. 3).

Клиническая картина у пациентов с инъекционной наркоманией характеризовалась острым течением: в 34,6% случаев – у 13 (40,6%) женщин и 24 (32%) мужчин – с лихорадкой, в 65,4% случаев – у 19 (59,4%) женщин и 51 (68%) мужчин – с лихорадкой выше 39°C в сочетании с выраженным ознобом ($p=0,4$). Тринадцать (12,1%) пациентов не получали антибактериальную терапию до операции. Снижение

веса чаще наблюдалось у мужчин – у 46 (61,3%) мужчин и 4 (12,5%) женщин, индекс массы тела которых составил менее 20 кг/м^2 ($p < 0,0001$). Кожные высыпания в виде геморрагического васкулита, которые локализовались на спине, наружной поверхности плеч и на коже нижних конечностей, были зарегистрированы одинаково часто как среди мужчин, так и среди женщин (табл. 1). Спленомегалия, которая сопровождалась признаками гиперспленизма (анемия, лейкопения, тромбоцитопения), отмечена в 29,9% случаев – у 12 (37,5%) женщин и 20 (26,7%) мужчин ($p=0,2$) (см. табл. 1). Гепатомегалия наблюдалась в 48,6% случаев – у 16 (50%) женщин и 36 (48%) мужчин ($p=0,8$). Хроническая почечная недостаточность выявлена одинаково часто у мужчин и женщин – у 10 (31,3%) женщин и 24 (32,0%) мужчин. Нефротический синдром отмечен в 5 (4,7%) случаях – у 4 (12,5%) женщин и 1 (1,3%) мужчины ($p=0,04$).

Всем пациентам исследуемой группы выполнена хирургическая коррекция пороков клапанов сердца (табл. 2). Кроме указанных в таблице двух вмешательств 2 (1,8%) пациентам в раннем послеоперационном периоде выполнена имплантация электрокардиостимулятора по поводу развившейся атриовентрикулярной блокады III степени.

Наиболее часто выполнялось протезирование трикуспидального клапана биологическим протезом. Только в 7,5% случаев на ТК выполнены многокомпонентные реконструкции, включающие имплантацию неоход, опорного кольца, краевой резекции створки с вегетациями. Биопротезирование аортального и митрального клапанов сердца не выполнялось в связи с молодым возрастом пациентов. Выполнение клапаносохраняющих операций было ограничено массивной инфильтрацией тканей инфекционным процессом, поэтому при поражении митрального и аортального клапанов было выполнено протезирование сердца механическим протезом. В целом между группами мужчин и женщин в структуре оперативных вмешательств достоверных статистических различий не выявлено.

Ранние послеоперационные осложнения характеризовались развитием острой почечной недостаточности у 4 (12,5%) женщин, у мужчин данное осложнение не отмечалось ($p=0,002$); ДВС-синдром выявлен

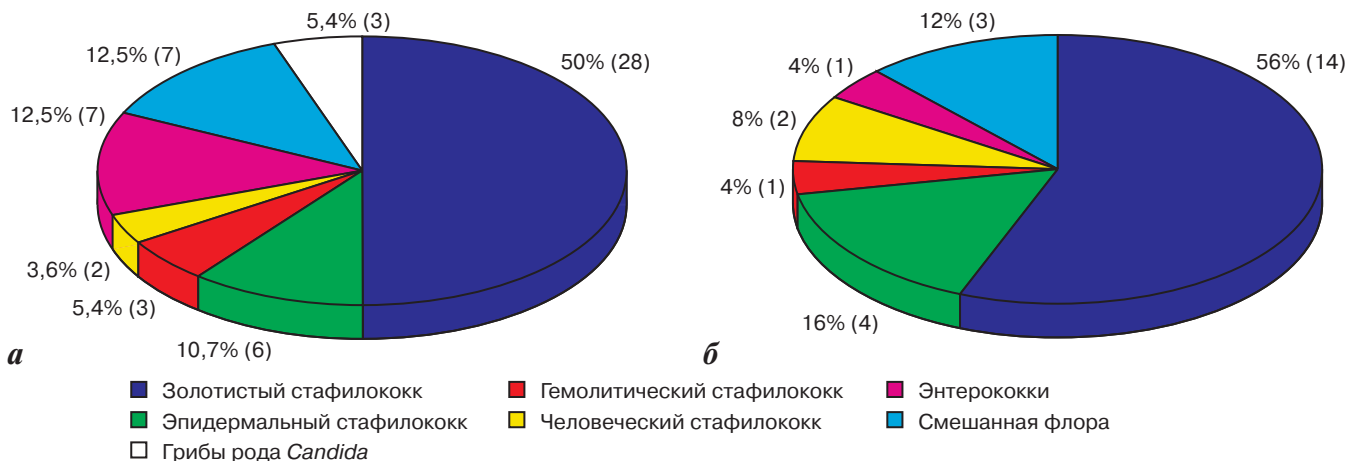


Рис. 2. Этиология активного инфекционного эндокардита у мужчин (а) и женщин (б) с наркотической зависимостью (в скобках указано число больных)

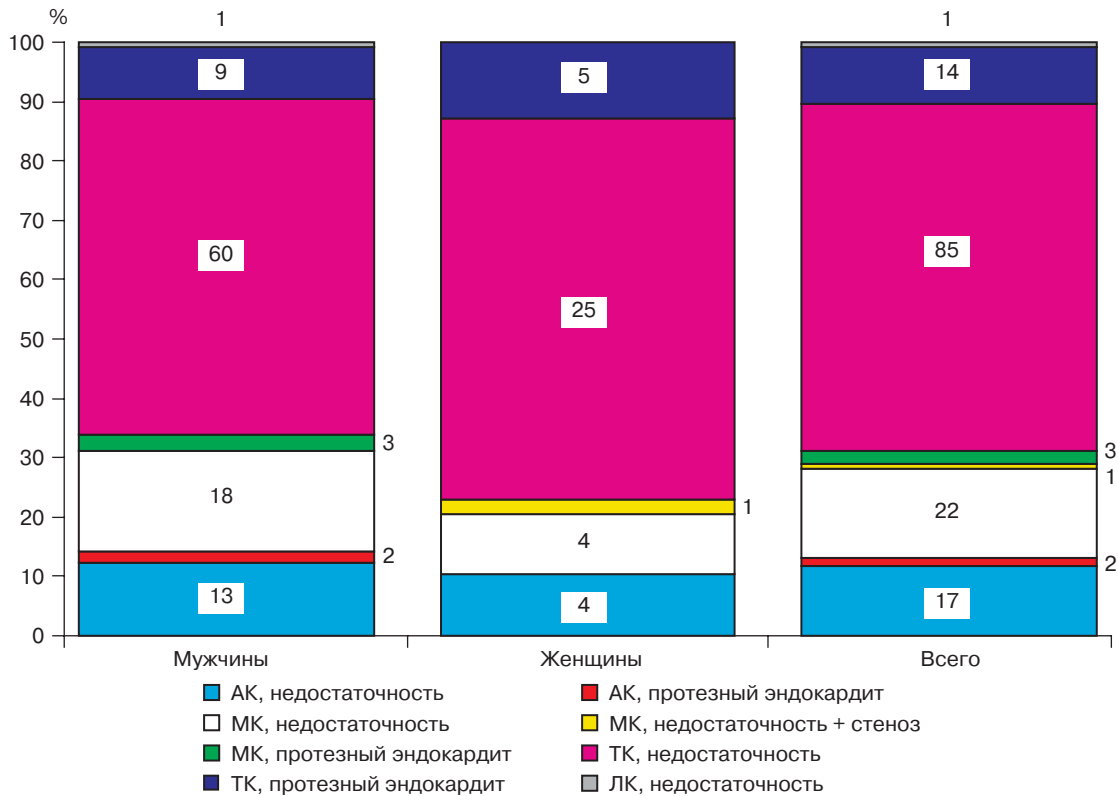


Рис. 3. Структура органических поражений клапанов сердца до операции (различия между мужчинами и женщинами недостоверны – $p > 0,05$; случаи функциональной недостаточности клапанов исключены)

у 1 (1,3%) мужчины ($p = 0,5$), сепсис развился в 22,4% случаев – у 11 (34,4%) женщин и 13 (17,3%) мужчин ($p = 0,05$). Повторные операции выполнены 16 (15%) пациентам, причинами которых был ранний и поздний протезный эндокардит. Летальность в раннем послеоперационном периоде составила 2,8% – скончались 1 (3,1%) женщина и 2 (2,7%) мужчины ($p = 0,9$). Летальность у мужчин была связана с развитием сепсиса, полиорганной недостаточности и ДВС-синдрома, у женщины – с фибрилляцией желудочков сердца в раннем послеоперационном периоде.

Обсуждение

В структуре причин формирования приобретенных пороков сердца в России удельный вес ИЭ увеличился в 8 раз – с 1,8% в 1982 г. до 18,7% в 2010 г., что, возможно, в определенной степени обусловлено ростом заболеваемости наркоманией: за период с 1984 по 2010 г. с 1,5 до 19,2% случаев на 100 тыс. населения, то есть в 12,8 раза [14]. Выявленные в нашем исследовании данные о течении ИЭ у наркоманов аналогичны данным других авторов. Так, например, по данным разных авторов, частота встречаемости смешанной флоры при ИЭ у наркоманов составляет от 13 до 21% случаев [1, 13, 23]. В нашем исследовании смешанная флора регистрировалась в 9,3% случаев. По данным литературы, золотистый стафилококк поражает интактный ТК в 70–80% случаев и является практически основным возбудителем активного ИЭ у инъекционных наркоманов [9, 13, 23]. В нашем исследовании получены аналогичные данные. В Западной Европе и США 2–17% обследованных наркоманов являются носителями HBs-антигена

[17, 19, 24], а у 60% – определяются антитела к вирусам гепатита В и С [12]. В нашем исследовании в 9,3% случаев пациенты были носителями сочетанного вирусного гепатита В и С и в 14,3% случаев – носителями HBs-антигена.

Не более чем у трети больных выявляется острый диффузный миокардит (по данным М. А. Гуревича – в 27,5% случаев [3], в нашем исследовании – в 18,7% случаев). Частота спленомегалии колеблется в широких пределах – от 21 до 77,5% случаев [11, 13], в нашем исследовании – 29,9%. Данные нашего исследования подтвердили, что для активного ИЭ наркоманов и классического ИЭ характерны гематологические признаки гиперспленизма: лейкопения, тромбоцитопения, анемия, которые чаще наблюдались у женского пола [10]. Частота повторных операций колеблется от 12 до 52% случаев [3, 6, 22], в исследуемой нами группе пациентов частота реопераций составила 15,7%.

Летальность в раннем послеоперационном периоде в нашем исследовании составила 2,8% случаев, а по данным А. Н. Демина и соавт. [4] и К. С. Mathura и соавт. [22] – около 5% случаев. Госпитальная летальность была связана с прогрессированием сердечной недостаточности, синдромом полиорганной недостаточности и сепсисом.

В отечественной и зарубежной литературе нет исследований, оценивающих гендерные особенности клинического течения ИЭ у наркоманов, в то же время нами выявлены определенные, статистически достоверные различия. Выявленные различия среди мужчин и женщин в клиническом течении ИЭ, возможно, обусловлены как гендерными особенностями, так и различиями в структуре потребления

Таблица 1

Частота осложнений наркомании и/или инфекционного эндокардита, абс. (%)

Осложнение	Общее число (n = 107)	Гендерные различия		
		Женщины (n = 32)	Мужчины (n = 75)	p
ТЭЛА острая	13 (12,1)	3 (9,4)	10 (13,3)	0,5
ТЭЛА хроническая	27 (25,2)	8 (25,0)	19 (25,3)	0,9
ТЭ в сосуды конечностей	9 (8,4)	3 (9,4)	6 (8,0)	0,8
ОНМК	3 (2,8)	1 (3,1)	2 (2,7)	0,9
Абсцедирующая пневмония	56 (52,3)	19 (59,4)	37 (49,3)	0,3
Инфаркт легких (пневмония)	9 (8,4)	5 (15,6)	4 (5,3)	0,07
Абсцесс селезенки	11 (10,3)	2 (6,3)	9 (12,0)	0,7
Инфаркт селезенки	3 (2,8)	1 (3,1)	2 (2,7)	0,7
Абсцесс головного мозга	2 (1,9)	1 (3,1)	1 (1,3)	0,5
Абсцесс почки	6 (5,6)	1 (3,1)	5 (6,7)	0,04
Инфаркт почки	4 (3,7)	0	4 (5,3)	0,04
Инъекционные тромбозы	88 (82,2)	26 (81,3)	62 (82,7)	0,8
Пиелонефрит	5 (4,7)	4 (12,5)	1 (1,3)	0,04
Гломерулонефрит	13 (12,1)	2 (6,3)	11 (14,7)	0,04
Острая недостаточность кровообращения	34 (31,8)	14 (43,8)	20 (26,7)	0,08
Вирусный гепатит				
С	93 (86,9)	25 (78,1)	68 (90,7)	0,1
В	1 (0,9)	1 (3,1)	0	0,6
В + С	10 (9,3)	3 (9,4)	7 (9,3)	0,7
В+С+RW	3 (2,8)	3 (9,4)	0	0,04
АВ-блокада				
I ст.	17 (15,9)	6 (18,8)	11 (14,7)	0,6
II ст.	2 (1,9)	0	2 (2,7)	0,6
III ст.	2 (1,9)	0	2 (2,7)	0,6
Фибрилляция предсердий	9 (8,4)	2 (6,3)	7 (9,3)	0,6
СССУ	12 (11,2)	2 (6,3)	10 (13,3)	0,3
Признаки гиперспленизма				
анемия	28 (26,2)	19 (59,4)	9 (12,0)	<0,0001
тромбоцитопения	17 (15,9)	11 (34,4)	6 (8,0)	0,001
лейкопения	6 (5,6)	6 (18,8)	0	<0,0001
Геморрагический васкулит	14 (13,1)	6 (18,8)	8 (10,7)	0,2
Цирроз печени	8 (7,5)	1 (3,1)	7 (9,3)	0,2
Инфаркт головного мозга	7 (6,5)	4 (12,5)	3 (4,0)	0,1
Острый диффузный миокардит	20 (18,7)	13 (40,6)	7 (9,3)	<0,0001
Инъекционные каналы	95 (88,8)	28 (87,5)	67 (89,3)	0,7
Сердечная недостаточность (ФК по NYHA)				
I ФК	2 (1,9)	0	2 (2,6)	0,7
II ФК	13 (12,1)	5 (15,6)	8 (10,7)	0,7
III ФК	71 (66,4)	21 (65,6)	50 (66,7)	0,7
IV ФК	21 (19,6)	6 (18,8)	15 (20,0)	0,7

Примечание. ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии; ТЭ – тромбоэмболия; ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения; СССУ – синдром слабости синусового узла.

Таблица 2

Структура оперативных вмешательств на клапанах сердца у наркозависимых пациентов, абс. (%)

Метод	Общее число (n = 107)	Гендерные различия		
		Женщины (n = 32)	Мужчины (n = 75)	p
<i>Трехстворчатый клапан</i>				
Протезирование механическим протезом	1 (0,9)	0	1 (1,3)	0,5
Протезирование криосохраненным митральным аллогraftом	1 (0,9)	1 (3,1)	0	0,1
Биопротезирование	75 (70,1)	24 (75,0)	51 (68,0)	0,4
Пластика				
по Де-Вега	8 (7,5)	1 (3,1)	7 (9,3)	0,5
по Бойду	3 (2,8)	1 (3,1)	2 (2,7)	0,5
на опорном кольце	3 (2,8)	0	3 (4,0)	0,5
многокомпонентная пластика	8 (7,5)	2 (6,3)	6 (8,0)	0,5
<i>Митральный клапан</i>				
Протезирование механическим протезом	23 (21,5)	5 (15,6)	18 (24,0)	0,3
Пластика				
на опорном кольце	1 (0,9)	0	1 (1,3)	0,2
многокомпонентная пластика	1 (0,9)	1 (3,1)	0	0,2
<i>Аортальный клапан</i>				
Протезирование клапана механическим протезом	20 (18,7)	5 (15,6)	15 (20,0)	0,6
Пластика	1 (0,9)	0	1 (1,3)	0,5
<i>Клапан легочной артерии</i>				
Биопротезирование	1 (0,9)	0	1 (1,3)	0,5

Примечание. Многокомпонентная пластика – сочетание методов (неохорды, пластика по Бойду, Вулери, Альфиери, резекция створки, опорное кольцо).

наркотических препаратов, что требует дальнейшего изучения данной проблемы.

В целом на основании сопоставления результатов нашего исследования с исследованиями других авторов можно составить «портрет» больных наркоманией и ИЭ: молодой возраст, социальная дезадаптация, развитие процесса на исходно непораженных клапанах (преимущественно на трикуспидальном) и протезный эндокардит, высокая частота инфицирования золотистым стафилококком, вирусом гепатита С и ВИЧ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белобородова Н. В. Бактериальные инфекции в стационаре // Поиск новых решений: сб. статей. М.: НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 2005.
2. Богданов С. И. Медико-социальные последствия злоупотребления наркотиками. Клинико-эпидемиологическое исследование в Екатеринбурге: дис. ... канд. мед. наук. М., 2002. 175 с.
3. Гуревич М. А. Некоторые особенности инфекционного эндокардита // Рос. кардиолог. журнал. 2009. № 6. С. 87–92.
4. Демин А. А., Дробышева В. П., Вельтер О. Ю. Инфекционный эндокардит у инъекционных наркоманов // Клини. медицина. 2000. № 8. С. 47–51.
5. Демин А. А., Дробышева В. П., Вельтер О. Ю. Особенности клинического течения инфекционного эндокардита в сочетании с вирусными гепатитами у инъекционных наркоманов // Клини. медицина. 2002. № 2. С. 31–36.
6. Демин А. А., Скопин И. И., Соболева М. К. и др. Инфекционный эндокардит: новые стандарты диагностики и лечения. По материалам симпозиума «Инфекционный эндокардит» Российского национального конгресса кардиологов. Санкт-Петербург, 2002. // Клини. медицина. 2003. № 6. С. 68–71.
7. Мазуров В. И., Уланова В. И. Течение инфекционного эндокардита у инъекционных наркоманов и лиц с предрасполагающими заболеваниями сердца // Клини. медицина. 2001. № 8. С. 23–28.
8. Моисеев В. С., Траянова Т. Г., Мильто А. С. Инфекционный эндокардит у наркоманов // Клини. медицина. 1998. № 11. С. 31–34.
9. Резник И. И., Михайлов А. В., Идов Э. М. Инфекционный эндокардит наркоманов: особенности течения в зависимости от этиологии клапанной локализации // Совершенствование высокотехнологической медицинской помощи населению Свердловской области: сб. науч. трудов. Екатеринбург, 2006. С. 62–65.
10. Соболева М. К., Веселова Е. А., Скобликова М. Е. Инфекционный эндокардит у мальчика – инъекционного наркомана // Педиатрия. 2002. № 1. С. 84–87.
11. Уланова В. И. Инфекционный эндокардит. СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2007. 114 с.
12. Уланова В. И., Мазуров В. И., Цинзерлинг В. А. Клинико-морфологические особенности инфекционного эндокардита у ВИЧ-инфицированных инъекционных наркоманов // Клини. медицина. 2011. № 3. С. 70–74.
13. Филипенко П. С., Драгоман Е. А. Инфекционный эндокардит у инъекционных наркоманов. Часть 1. Особенности этиологии, патогенеза и течения // Клини. медицина. 2010. № 1. С. 9–14.
14. Филипенко П. С., Драгоман Е. А. Инфекционный эндокардит у инъекционных наркоманов. Часть 2. Особенности клинической картины, диагностики и лечения // Клини. медицина. 2010. № 2. С. 22–29.
15. Филипенко П. С., Драгоман Е. А. Особенности поражения легких и сердца на фоне парентеральной наркомании // Вопросы наркологии. 2008. № 5. С. 38–47.
16. Чилигина Н. С., Белостоцкий А. В. Инфекционный эндокардит наркоманов: изменение предрасполагающих факторов и эволюция возбудителей // Сердце. 2010. № 4. С. 242–250.
17. Apple P., Joseph H., Richman B. Causes and rates of death among methadone maintenance patients before and after the onset of the HIV/AIDS epidemic // Mount Sinai J. Med. 2000. Vol. 67. P. 444–451.
18. Corti M. E., Palmieri O. J., Villafane M. F. Evaluation of 61 episodes of infective endocarditis in intravenous drug abusers and human immunodeficiency type-1 virus infection // J. Microbiol. 2010. Vol. 36. P. 85–87.
19. De Rosa F. G., Cicalini S., Canta F. et al. Infective endocarditis in intravenous drug users from Italy: the increasing importance in HIV-infected patients // J. Infect. 2007. Vol. 35. P. 154–160.
20. Lamas C. C., Eikyn S. J. Suggested modification to the Duke criteria for the clinical diagnosis of native valve and prosthetic valve endocarditis: analysis of 118 pathologically proved cases // Clin. Infect. Dis. 1997. Vol. 25, № 3. P. 713–719.
21. Lapenna E., De Bonis M., Versini A. et al. The clover technique for the treatment of complex tricuspid valve insufficiency: midterm clinical and echocardiographic results in 66 patients // Ann. Cardiothorac. Surg. 2010. Vol. 37. P. 1297–1303.
22. Mathura K. C., Thapa N., Rauniyar A. et al. Injection drug use and tricuspid valve endocarditis // Am. J. Cardiol. 2005. Vol. 3. P. 84–86.
23. Nadjji G., Remadi J. P., Covaux F. et al. Comparison of clinical and morphological characteristics of staphylococcus aureus endocarditis with endocarditis caused by other pathogens // Heart J. 2005. Vol. 91. P. 932–937.
24. Smith D. T., Sherwood M., Crisel R. et al. Emory endocarditis group: a comparison of HIV-positive patients with and without infective endocarditis, an echocardiographic study // Am. J. Cardiol. 2004. Vol. 238. P. 145–149.
25. Tazevell B., Ross F., Nayab Ali et al. Infective endocarditis in heroin addicts // Am. J. Cardiol. 2007. Vol. 55. P. 444–451.

Поступила 11.12.2012

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.127-089.844:616.13-004.6:616.132.2-008.64

ОСОБЕННОСТИ ПРЯМОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Р. М. Ибрагимов*, С. Т. Мацкеплишвили, С. Г. Амбательло, В. И. Иошина, Э. Ф. Тугеева, В. А. Алпенидзе, Е. П. Голубев, Ю. И. Бузиашвили

ФГБУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева» (директор – академик РАН и РАМН Л. А. Бокерия) РАМН, Москва

Больные с мультифокальным атеросклерозом (МФА) продолжают оставаться наиболее сложной категорией пациентов как по выбору оптимальной лечебной стратегии, так и в отношении клинических исходов. Развитие острого ишемического события, например в коронарном бассейне, в значительной степени осложняет

*Ибрагимов Рустам Марат оглы, аспирант клинико-диагностического отделения. 121552, Москва, Рублевское шоссе, д. 135. E-mail: dr.ibragimov@mail.ru