

Известно, что при консервативной терапии активного инфекционного эндокардита (ИЭ), даже в случае неосложненного течения, летальность составляет 50—90 %. Успех хирургического лечения зависит от многих факторов, наиболее важными из которых являются своевременная коррекция порока, надежная санация полостей сердца, оптимальная антибиотикотерапия, профилактика рецидива инфекции. Из всех перечисленных факторов определение показаний к операции играет ключевую роль.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить удельный вес общепринятых показаний к хирургическому лечению активного инфекционного эндокардита (ИЭ) на материалах нашей клиники.

Нами были изучены показания, по которым было проведено хирургическое лечение у 119 больных с (ИЭ) в Иркутском межобластном кардиохирургическом центре с 1997 по 2005 гг. Это 27,9 % от всех больных, которым было выполнено протезирование сердечных клапанов за эти годы. При обследовании кроме общеклинических использовались микробиологические и иммунологические методы, а также методы инструментальной диагностики — ЭКГ, трансторакальная и чреспищеводная ЭхоКГ. Всем больным было выполнено протезирование одного или нескольких клапанов сердца в условиях искусственного кровообращения с комбинированной холодной кардиopleгией. Хирургическое лечение сочетало санацию внутрисердечного очага инфекции и устранение нарушений центральной гемодинамики. Оперативные вмешательства при ИЭ, с точки зрения хирургической техники являются сложными вмешательствами, связанными с повышенным риском. Это обусловлено значительной травматичностью и длительностью операции, опасностью эмболии рыхлыми вегетациями и кальцием и травмы проводящих путей при распространении инфекционного процесса за пределы фиброзного кольца.

Среди прооперированных преобладали мужчины (79). Средний возраст составил 38 лет (15—66 лет).

Первая группа — 16 больных с острым разрушением клапанов сердца (в основном аортального), быстро приводящим к нарастанию тотальной застойной сердечной недостаточности, легочным осложнениям. *Вторая группа* — 8 пациентов с изолированными артериальными либо венозными тромбозами, реализующимися в нарушение мозгового кровообращения, абсцесс селезенки, нарушение кровообращения в нижних конечностях, абсцедирование инфаркт-пневмонии. *Третья группа*: 10 больных с абсцессами миокарда, абсцессами клапанного кольца, внутрисердечными гнойными фистулами. Эти осложнения предполагают абсолютно смертельный исход заболевания. 6 больных с верифицированным грибковым эндокардитом составили *четвертую группу*. Без операции по данным литературы — 100% летальный исход. *Пятая группа*: 13 больных с инфекционным эндокардитом клапанного протеза — практически стопроцентное показание к операции. И *шестая группа* — 5 пациентов, у которых этиотропная терапия в течение 3—4 недель была неэффективной. Таким образом, согласно классификации общепринятых показаний к операции оперировано 58 больных. Остальные больные (61) оперированы при наличии сочетания (от 2 до 4) групп показаний к операциям. Несомненно, эти комбинации осложнений значительно усугубляли течение заболевания,кратно увеличивали сложность выполнения операции, способствовали тяжелому течению послеоперационного периода и неблагоприятным исходам. Ведущей причиной подобного положения дел, на наш взгляд, является то, что наиболее прогностически выгодное показание к операции (неэффективная этиотропная терапия в течение 3—4 недель) было установлено только у 5 больных. Это неоспоримо говорит о том, что врачи лечебной сети плохо знают данную проблему, не придают значение этиологии заболевания, недооценивают клинику течения болезни, плохо информированы о последствиях неэффективного продолжительного консервативного лечения.

Л.А. Садохина, Е.В. Пешков, М.С. Джабаева, Ю.В. Желтовский

ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ ПРИ АНГИОГЕННОМ И ХИРУРГИЧЕСКОМ СЕПСИСЕ

*Межобластной кардиохирургический центр (Иркутск)
Областная клиническая больница (Иркутск)
Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)*

В настоящее время, по данным литературы, сепсис остается одной из актуальных проблем современной медицины в связи с тенденцией к росту числа больных и стабильно высокой летальностью

(до 50 %). Отмечается рост заболеваемости сепсисом и в отделении гнойно-септического центра ГУЗ ИОКБ в г. Иркутске. Прирост заболеваемости по сравнению с 2001 г. составил 8 %. Вместе с этим от-

мечается тенденция к росту осложнений сепсиса, в том числе и инфекционного эндокардита (ИЭ).

В литературе встречается довольно много работ, посвященных инфекционному эндокардиту, который является самостоятельным заболеванием. Информация о ИЭ у больных сепсисом достаточно скудна, хотя частота его встречаемости в данной группе пациентов остается высокой — 12,6 %.

Целью исследования явилось изучение особенностей ИЭ у больных с сепсисом, проведение анализа микробной флоры для обоснования назначения антибактериальной терапии, выявление различия в течении первичного ИЭ и эндокардита, возникшего на фоне лечения сепсиса различной этиологии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Ретроспективный анализ историй болезни пациентов, находившихся на лечении в гнойно-септическом центре г. Иркутска в 1997—2004 гг., у которых течение сепсиса осложнилось поражением клапанов сердца.

Статистическая обработка проводилась при помощи χ^2 для четырехпольных таблиц.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В зависимости от первичного септического очага все больные были разделены на 2 группы. Больные с ангиогенным сепсисом (АС) — 18 человек (54,5 %), у которых сепсис развился на фоне нескомпromетированного состояния макроорганизма (в эту группу включены инъекционные наркоманы и больные с посткатетеризационным инфицированием). Вторая группа — больные с хирургическим сепсисом (ХС) — 15 человек (45,5 %), у которых сепсис развился на фоне длительно текущей хирургической патологии. По полу больные распределились следующим образом: при АС — 7 мужчин (38,8 %) и 11 женщин (61,2 %). При ХС — 8 мужчин (53,3 %) и 7 женщин (46,7 %). Возраст больных с АС — 20—29 лет, при ХС — 40—49 лет. Средний койко-день при АС составил 28,7 дня, при ХС — 30,2 дня. Госпитальная летальность при АС составила 16 % (3 больных), а при ХС — 47 % (7 пациентов). Общая летальность составила 29,4 % (10 человек).

Поражение клапана сердца верифицировалось по данным ЭХО-КГ. При АС вегетации выявлены у 17 (94,4 %), при ХС — у 15 (100 %) пациентов. При этом изолированное поражение трикуспидального клапана (ТК) при АС наблюдалось у 88,2 % (15 больных), сочетанное поражение митрального (МК) и трикуспидального клапанов и МК и аортального клапанов (АК) — по 1 человеку (по 6,6 %). При ХС изолированное поражение ТК наблюдалось в 7 случаях (46,6 %), АК — в 4 случаях (26,6 %), МК — в 1 (6,6 %), сочетанное поражение МК и ТК, а также МК и АК — по одному больному (по 6,6 %). В целом поражение ТК было больше в группе АС ($p < 0,05$), чем при ХС.

Изучение посева крови на стерильность проведено в 16 случаях (88 %) при АС и в 12 (80 %) при ХС. В обеих группах наблюдалось преобладание стафилококковой микрофлоры, но при АС мы наблюдали 7 различных видов возбудителей, а при ХС — 4. Чувствительность к антибактериальным препаратам была определена у 7 больных (39 %) при АС и у 4 (27 %) при ХС. Стафилококковая микрофлора была наиболее чувствительна к группе аминогликозидов, цефалоспоринов, фторхинолонов, пенициллина и макролидов при АС. При ХС стафилококковая микрофлора была наиболее чувствительна к цефалоспорином, ванкомицину. При сравнении полученных данных значимые различия наблюдались при поражении того или иного клапана, что обусловлено не только инфекционными процессами, но и разной степенью выраженности гемодинамических нарушений. Необходимо отметить, что порок ТК у больных ХС в 5 случаях из 7 сформировался за время лечения пациентов в стационаре. В группе больных, выписанных из стационара с АС, летальность в течение 1 года составила 100 %, а в группе больных с ХС — 29,4 %. Таким образом, несмотря на, казалось бы, излечение больных обеих групп, перенесенный (или продолжающийся?) ангиогенный сепсис в ближайшее время приводит пациентов к смерти, либо от осложнений ИЭ, либо от гемодинамических нарушений, вследствие разрушения клапанов сердца. Единственным методом спасения жизни пациентов данной группы является своевременное хирургическое вмешательство — удаление очагов инфекции и протезирование клапанов сердца.

С.Г. Кокорин, Ю.Н. Одаренко, И.Ю. Журавлева, Л.С. Барбараш

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ БЕСКАРКАСНЫХ КСЕНОАОРТАЛЬНЫХ БИОПРОТЕЗОВ, КОНСЕРВИРОВАННЫХ В ДИЭПОКСИДЕ, В ХИРУРГИИ АОРТАЛЬНЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Научно-производственная проблемная лаборатория реконструктивной хирургии сердца и сосудов СО РАМН (Кемерово)

В нашей клинике на протяжении последних лет ведутся экспериментальные разработки по со-

зданию бескаркасных ксеноортальных биопротезов, консервированных в эпокисоединениях.