

ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОМАНОВ, ПРОТЕКАВШЕГО ПОД МАСКОЙ СЕПСИСА

Филипенко П.С., Драгоман Е.А.

Ставропольская государственная медицинская академия, кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического факультетов, кафедра пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета, г. Ставрополь

За последние годы в России увеличилось количество инъекционных наркоманов и, как следствие, произошло увеличение случаев сепсиса, протекающего под маской лихорадки неясного генеза, внебольничных пневмоний. Указанная патология, как правило, затушевывает поражения эндокарда, которые выявляются при случайном углубленном исследовании этих пациентов.

Целью исследования было определение особенностей диагностики инфекционного эндокардита (ИЭ) у инъекционных наркоманов на фоне септицемии.

Материалы и методы

В исследование вошли данные о 60 случаях сепсиса у больных, находившихся на лечении в МУЗ ГКБ №2 и №4 г. Ставрополя, за период с 2005 по 2007 гг. При углубленном исследовании (эхокардиоскопия, рентгенография органов грудной полости, исследование гемокультуры, функции печени) по поводу внебольничной пневмонии, криптогенного сепсиса, лихорадки неясного генеза у 30 больных был выявлен ИЭ. Длительность внутривенной наркомании составляла от 2 до 13 лет. Сепсисом чаще страдали мужчины, чем женщины (соотношение 52 к 8) в возрасте от 21 до 40 лет, употребляющие внутривенно наркотики. Кровь для исследования брали 4-8кратно в период максимального подъема температуры из кубитальных вен справа и слева с интервалом 30 минут. Диагноз ИЭ был подтвержден наличием больших и малых критериев Duke (1994).

Результаты и обсуждение

По данным бактериологического исследования крови положительная гемокультура была у 60% больных. Среди возбудителей ИЭ первое место занимал *Staphylococcus aureus* у 60%, у 22% была выявлена грамотрицательная флора, у 8% энтерококки, у 4% грибковая флора и у 6% смешанная флора.

Среди лабораторных признаков ИЭ в 65% случаев была выявлена анемия, лейкоцитоз - в 72%, сдвиг лейкоцитарной формулы влево был у 78% больных, тромбоцитопения - у 21%, увеличенное СОЭ свыше 30 мм/ч было у всех больных ИЭ, гематурия - у 68%, протеинурия - у 98%. Диспротеинемия с гипергаммаглобулинемией отмечена у 30% больных. Повышение уровня С-реактивного белка, фибриногена было выявлено у 78% больных. Нейтрофильный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево отражали активность инфекционного процесса, и позволяло контролировать эффективность терапии.

Повышение уровня билирубина, печеночных трансаминаз наблюдалось у 85% наркоманов, и было обусловлено гемолизом, сочеталось с хронической HCV и HVB – инфекцией в 86% случаев.

Признаки перегрузки правых отделов сердца при ЭКГ исследовании были выявлены у 10% больных, синусовая тахикардия у 20%, нарушение проводимости – у 12% больных.

При эхокардиографическом (ЭхоКГ) исследовании клапанных и подклапанных структур визуализировались вегетации диаметром свыше 5 мм. Эхо-КГ признаки вегетаций на клапанах правых отделов сердца наблюдались у 26 больных (86%).

Консервативное лечение ИЭ антибактериальными препаратами проводилось вначале эмпирически, а после типирования микроорганизмов антибиотики назначали с учетом чувствительности. На фоне 4-6 недельной комбинированной (2-3 препарата) антибактериальной терапии удалось достичь ремиссии в 65% случаев.

Назначались также иммуностимуляторы, метаболические и кардиотонические препараты, проводилась коррекция нарушений гемостаза.

Выводы

1. У 50% инъекционных наркоманов ИЭ протекает под маской сепсиса
2. Причиной ИЭ у инъекционных наркоманов в 60% случаев был *Staphylococcus aureus*.
3. Достоверными признаками ИЭ правых отделов сердца являются ЭхоКГ признаки вегетаций клапанных структур.