

УДК: 616.126.1-84

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА

© 2007 г. В.В. Румбешт, А.А. Дюжиков, В.П. Терентьев

Infective endocarditis is the disease with modified risk factors. We estimate the role of cardiac disorders and pathology of nose, throat and teeth in possibilities for prophylaxis.

Разработка концепции факторов риска стало одним из достижений медицины во второй половине XX в. Главную роль в создании этой концепции сыграло Фрамингемское исследование, которое позволило установить основные факторы риска развития атеросклероза (курение, артериальная гипертония, дислипидемия, сахарный диабет, возраст). Концепция факторов риска сегодня является основой как первичной, так и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Главная особенность этих факторов заключается в том, что они усиливают действие друг друга, т.е. при наличии двух факторов рис-

ка вероятность развития ИБС увеличивается не в 2, а в 3–4 раза, поэтому любая стратегия профилактики предполагает комплексное воздействие на все факторы риска, имеющиеся у больного.

Инфекционный эндокардит (ИЭ) остается грозным заболеванием, не только инвалидизирующим при позднем распознавании, но и смертельным в случае развития осложнений. Это требует не только постоянного совершенствования диагностики и лечения ИЭ, но и определяет первостепенную важность поисков новых эффективных профилактических подходов. Известный постулат медицины – предупредить забо-

ление легче, чем излечить его, – в полной мере относится и к ИЭ.

Существуют 2 стратегии профилактики: популяционная и высокого риска. В системе здравоохранения это могут осуществлять в основном три структуры: поликлиники (индивидуальная и групповая профилактика), центры медицинской профилактики (популяционная и групповая профилактика), учреждения санэпиднадзора (мониторирование факторов риска и популяционная профилактика). Таким образом, отношение к ИЭ как инфекционной сердечно-сосудистой патологии с модифицируемыми факторами риска может в корне изменить проблему.

Важная роль в патогенезе ИЭ принадлежит очагам хронической инфекции. Они, сенсибилизируя организм, могут порождать вторичную патологическую реакцию [1–3]. Известна также существенная роль патологии миндалин в возникновении и течении ИЭ. Связь ИЭ с поражением миндалин признается сторонниками различных взглядов на патогенез этого заболевания. По результатам клинических наблюдений [4], очаги хронической инфекции обнаруживаются у 60 % больных ИЭ. Приведенные литературные данные подчеркивают необходимость профессионального контроля хронических очагов инфекции и проведения микробиологического контроля состояния биоценозов.

Целью данного исследования явилась попытка выделения модифицируемых факторов риска развития ИЭ и оптимизация подходов к его профилактике.

Материалы и методы

Нами была проведена клинико-анамнестическая оценка 100 историй развития ИЭ. Для реализации поставленной задачи проанализированы стационарные медицинские карты пациентов, находившихся на лечении в Центре кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии с 2003 по 2006 г. Диагноз ИЭ соответствовал модифицированным критериям Duke [3].

Исследование состояния всех больных проводилось согласно протоколу стационарного обследования у пациентов с ИЭ, включая общеклинические, лабораторные и инструментальные методы исследования. В анализ включались и обследования, выполненные на момент поступления пациентов.

При оценке ОАК, помимо обычных параметров, производилась оценка лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), соотношения абсолютного содержания лимфоцитов к общему количеству лейкоцитов (абс. лимф./лейкоциты).

В стандарт обследования входила иммунограмма 2-го уровня с оценкой коэффициента стимуляции, иммунорегуляторного индекса.

Исследование гемокультуры имело решающее значение. От каждого пациента забиралось не менее 3 проб крови для оценки гемокультуры.

На предоперационном этапе забирался материал для оценки состояния микрофлоры рото- и носоглотки. Микробиологические методики использовались при оценке интраоперационного материала (нативный клапан, оплетка протеза клапана сердца, тромбы). Идентификация выделенных микроорганизмов выполнялась с помощью тест-наборов фирмы Becton

Dickinson «Crystal», чувствительность к антибиотикам определялась диско-диффузионным методом на агаре Muller – Hinton.

В протокол инструментальных обследований была включена трансторакальная эхокардиоскопия (ЭхоКС), которая при необходимости дополнялась проведением чреспищеводной ЭхоКС. Исследования выполнялись на ультразвуковом сканере фирмы Sonos 7500 (Philips) с применением методики трехмерной реконструкции сердца в реальном масштабе времени. Стандартное эхокардиографическое исследование включало одномерное и двухмерное сканирование с применением доплерографии в импульсном и непрерывных режимах, а также цветное картирование кровотока.

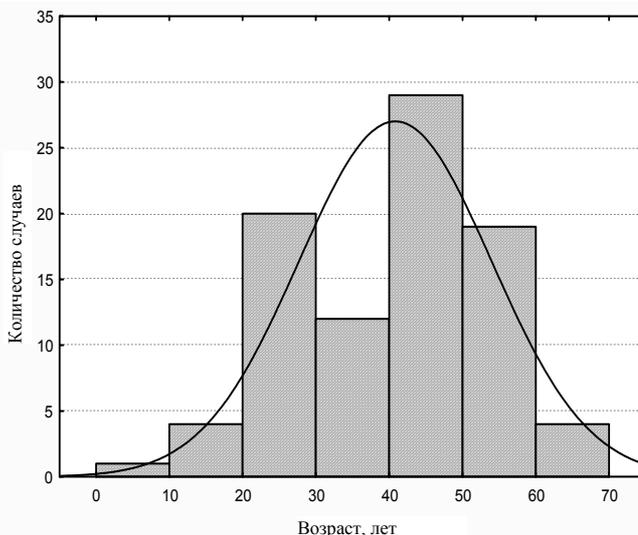
В обязательный протокол обследования были включены консультации смежных специалистов: ЛОР, стоматолог, для женщин – гинеколог, для мужчин – уролог в целях выявления хронических очагов инфекции.

Все хирургические пособия были выполнены в Центре кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии г. Ростова-на-Дону и НЦССХ им. А.Н. Бакулева.

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью лицензионного пакета программ Statistica (версия 6.1, фирмы Stat Soft). Достоверность средних арифметических, коэффициентов корреляции и регрессии определялась методами, адаптированными в медико-биологических исследованиях (критерий Стьюдента). Результаты оценивали как статистически значимые при $p < 0,05$.

Результаты

Среди пациентов преобладали мужчины (75 %). В группу изучения вошли пациенты различного возраста – от 9 до 68 лет, средний возраст составил $40,83 \pm 1,39$ лет (рисунок). Преимущественное поражение людей трудоспособного возраста объясняет исключительную важность этой проблемы для общества.



Распределение пациентов по возрасту

Все больным была назначена антибактериальная терапия, в большинстве случаев (79,5 %) эмпирически, так как в структуре диагноза преобладали культуронегативные случаи.

Трансторакальная ЭхоКС была выполнена в 100 % случаев, в 18 % она была дополнена чреспи-

щеводной ЭхоКС для уточнения зоны и объема поражения, выявления парааннулярных осложнений, которые встречались в изучаемой группе в 10 % и были представлены абсцессами и фистулами протезов клапанов.

Поскольку стояла задача определения наличия модифицируемых факторов риска, мы разделили их на 2 группы:

I. Предшествующие заболевания сердца

II. Хронические очаги инфекции

I. В изучаемой группе лидировали случаи вторичного ИЭ, что несколько противоречит мировой тенденции лидерства первичного процесса. Мы это объяснили значительным количеством больных с приобретенными и врожденными пороками сердца, на базе которых развился ИЭ. Нельзя не отметить часто встречаемый фактор риска – перенесенная операция по поводу порока сердца (коарктация аорты, изолированный стеноз легочной артерии, стеноз аортального клапана, врожденная недостаточность клапанов). В структуре вторичного ИЭ в качестве фонового состояния лидировали ВПС (34 % случаев) (2-створчатый аортальный клапан, ОАП, некоррегированный ДМЖП), на 2 месте – ППС ревматической этиологии (25 %). Таким образом, ВПС, ППС требуют своевременной коррекции. Устранение гемодинамических нарушений способствует исключению одного из звеньев патогенеза ИЭ. Но и «прооперированный» порок сердца в ряде случаев остается возможной основой для развития ИЭ. В настоящее время в популяции Ростовской области остается лидером вторичный вариант ИЭ.

II. При проведении предоперационного обследования мы старались выявить и устранить очаги хронической инфекции (ОХИ). На это были направлены микробиологические исследования, а также консультации врачей смежных специальностей. Так, ОХИ были выявлены у 51 % пациентов. Наибольшее количество их локализовалось в системе ЛОР-органов (50 %) и ротовой полости (35 %), заболевания урогенитальной сферы составили 15 %.

Значение профессионального контроля объясняется необходимостью интерпретации полученных результатов обследований, включая микробиологические, трактуя их как вариант нормы, колонизацию или проявление заболевания.

Таким образом, из вышеизложенного следует, что нами выявлены модифицируемый фактор риска развития ИЭ – очаги хронической инфекции и немодифицируемый – фоновые структурные аномалии сердца; установлена значимость профессионального контроля состояния очагов хронической инфекции; определены индивидуальные подходы к проведению диспансеризации у больных со структурными аномалиями сердца.

Перспективными направлениями в осуществлении адекватной многоуровневой профилактики на современном этапе представляются выявление факторов и групп риска, изучение закономерностей развития патологического процесса. Соблюдение правил диспансерного наблюдения в сочетании со строгим «профессиональным» контролем состояния ОХИ будет способствовать уменьшению случаев развития вторичного ИЭ. В спектре мероприятий, определяющих концепцию первичной профилактики ИЭ на популяционном уровне, важное место должно отводиться выявлению групп риска, обязательному проведению первичной диспансеризации и санитарно-просветительной работы. При этом наряду с пациентами, входящими в группы потенциального риска развития ИЭ (больные, имеющие пороки сердечно-сосудистой системы и кардиохирургические вмешательства в анамнезе, инъекционные наркоманы), особого внимания требуют лица, наиболее подверженные госпитальной инфекции – больные пожилого возраста, страдающие туберкулезом, сахарным диабетом, алкоголизмом, длительно получающие антибиотики, иммунодепрессанты, инфузионную терапию, пациенты, находящиеся на гемодиализе.

Однако наряду с диагностическими трудностями, обуславливающими низкое качество отбора пациентов в группы риска, существует ряд организационных проблем, одна из которых – отсутствие преемственности в лечении пациентов группы риска различными специалистами (стоматологами, кардиологами, урологами, наркологами). В связи с чем для совершенствования преемственного ведения больных в условиях многопрофильной поликлиники следует в существующую в медицинской карте форму «Сигнальный лист» наряду с группой крови, резус-фактором, сведениями об аллергии и маркерами гепатита вносить показания к профилактике ИЭ у больных из групп риска.

Особое внимание к пациентам групп риска, их правильное диспансерное наблюдение с влиянием на модифицируемые факторы риска и информированность [5, 6] будут способствовать успеху в профилактике инфекционного эндокардита.

Литература

1. Вальдман В.А. Очаговые инфекции и реактивность. Л., 1972.
2. Сененко А.Н. Сердце и очаговая инфекция. Л., 1973.
3. Duke W.W. Oral sepsis in its relationship to systemic disease. St. Louis, 1918. P. 115.
4. Резник И.И. Инфекционный эндокардит за четверть века: когнитивно-морфологическая эволюция, лечебная тактика. Екатеринбург, 2004.
5. Li J.S. et al. // Clin Infect Dis. 2000. Vol. 30. P. 633–638.
6. Moons P. et al. // Heart. 2001. Vol. 86(1). P. 74–80.