

Лусевич А.И.,

студентка

4 курс, лечебный факультет

Пермский Государственный Медицинский Университет им. академика

Е.А. Вагнера

Россия, г. Пермь

Щербакова Е.С.,

студентка

4 курс, лечебный факультет

Пермский Государственный Медицинский Университет им. академика

Е.А. Вагнера

Россия, г. Пермь

Гилев А.А.,

студент

6 курс, лечебный факультет

Пермский Государственный Медицинский Университет им. академика

Е.А. Вагнера

Россия, г. Пермь

ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ

***Аннотация:** В данной статье рассматривается проблема инфекционного эндокардита. Описывается история его изучения. Озвучивается патогенез патологии. Дается клиника заболевания. Освещаются диагностика и лечение.*

***Ключевые слова:** эндокардит, септический эндокардит, бактериальный эндокардит, инфекционный эндокардит.*

Annotation: *This article discusses the problem of infective endocarditis. The history of its study is described. The pathogenesis of pathology is voiced. The clinic of the disease is given. Diagnostics and treatment are covered.*

Key words: *endocarditis, septic endocarditis, bacterial endocarditis, infective endocarditis.*

Септический эндокардит, ранее называвшийся бактериальным, теперь же обозначаемый как инфекционный, по общему мнению, был определен как особая форма сепсиса, септицимию, с очагом на клапанах сердца [7]. Также можем дать определение: инфекционный эндокардит – тяжелое воспалительное заболевание с первичным поражением клапанов сердца, реже – пристеночного эндокарда и эндотелия магистральных сосудов, имеющее в своей основе иммунокомплексные изменения, нередко протекающее с серьезными осложнениями [5, 3].

С каждым годом частота встречаемости данного заболевания повсеместно растет, причем даже в экономически благополучных странах [2]. У этого явления есть множество причин: увеличение числа инвазивных манипуляций, операций на сердце, процедур с использованием иммунодепрессантов, цитостатиков, антибиотиков, гормонов, что приводит к появлению вторичных иммунодефицитов; ухудшение экологии, приводящее в свою очередь к истощению иммунной системы и подверженности организма острым и хроническим инфекционным заболеваниям [6]. Также в последнее время произошел патоморфоз заболевания, охватывающий не только клинику, но и этиологию и морфологию, при этом оставивший патогенез неизменным [7]. Тем самым, важным является освещение данной проблемы, рассмотрение встречающейся клиники. Это необходимо для формирования настороженности у первичного звена здравоохранения в отношении данного заболевания у предрасположенных лиц [5].

История

Впервые инфекционный эндокардит описан в XVI веке, о нем писал Фернелль – лейбмедик Генриха IV. Спустя некоторое время Лазар Ривьере в своих трудах выделил инфекционный эндокардит аортального клапана. Также не прошли мимо данной патологии Морганьи и Корвизар, последний в свою очередь ввел такой термин, как «вегетация», и описал эндокардит митрального клапана.

Новую же эру в изучении не только инфекционного эндокардита, но и медицины в целом ознаменовало изобретение Лаэннеком стетоскопа. Не менее великий, чем свой учитель Корвизар, Рене Лаэннек своим открытием позволил диагностировать инфекционный эндокардит не только на вскрытии, но и прижизненно.

Первое детальное описание этого заболевания было дано Жаном Буйо, который ввел термин «эндокардит» [3].

В XIX веке произошел прорыв в изучении клиники патологии, Уильям Киркс впервые выделил левосторонний эндокардит и описал характерную для него симптоматику. Далее Эммануил Винг определил инфекционную природу болезни. Позже последовали статьи Вилкса и Брамвелла окончательно дающие полную картину данных по инфекционному эндокардиту. Можем выделить так же Уильяма Ослера, который внес свой вклад в понимание природы заболевания, высказав мнение, что в патогенезе большую роль имеют микрококки [8].

Прорывом в лечении данной патологии стало открытие пенициллина в XX веке, так как основными возбудителями в это время были стрептококки и стафилококки. В 1990-е года последние преобладали в этиологии заболевания, так как отмечался рост внутривенной наркомании. Роль ревматизма уменьшилась, и другие возбудители, помимо грамположительных кокков, начали выступать этиологическим фактором, например, группа НАСЕК (*Haemophilus aphrophilus*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*,

Cardiobacterium hominis, Eikenella corrodens, Kingella kingae). Также увеличилось число грибковых возбудителей у ВИЧ-инфицированных больных и в послеоперационном периоде.

В XXI веке активно развиваются микробиологические и визуализирующие методы диагностики, но вопреки этому, патология все еще характеризуется большой смертностью [8].

Патогенез

На данный момент основными элементами патогенеза являются три звена: бактериемия, повреждение эндокарда (предрасполагающие факторы: аномалии развития, пороки сердца, искусственные клапаны) и уменьшение резистентности макроорганизма.

При появлении повреждения от различных факторов (турбулентный ток крови, гемодинамический удар, атеросклероз; частые внутривенные инъекции, из-за которых в крови образуются мельчайшие пузырьки воздуха, травмирующие эндокард) развиваются асептические вегетации из отложенного фибрина и тромбоцитов. Далее при бактериемии во время каких-либо хирургических манипуляций микроорганизмы откладываются на вегетации с образованием бородавчатого разрастания. Из-за присутствия бактерий в организме человека развивается тромбоэмболический синдром, который обуславливает клинику заболевания [3, 1].

Клиника

С применением антибактериальных препаратов классическая клиника заболевания (симптом Лукина, узелки Ослера, повреждения Джейнуэя, пятна Рота, гломерулонефрит) встречается все реже, в основном при тяжелом течении болезни у пожилых людей [1]. Сейчас же типичного пациента с инфекционным эндокардитом можно представить, как молодого человека, чаще юношу, с длительной лихорадкой, симптомами общей интоксикации и правожелудочковой сердечной недостаточности в совокупности с инфаркт-пневмонией легкого или деструктивными поражениями легких [4].

Диагностика

На данный момент на первое место в диагностике выходят клиника и инструментальные методы, такие как ЭхоКГ и ЧПЭхоКГ. Методы бактериальной диагностики в большинстве случаев дают ложный результат, так как активно применяется антибиотикотерапия, следовательно, отрицательный результат не является исключающим инфекционный эндокардит [4].

Лечение

Хирургическое лечение (протезирование пораженных клапанов) назначается при определенных показаниях таких, как тяжелая недостаточность кровообращения, гнойные внутрисердечные осложнения, острый инфекционный эндокардит, эндокардит протеза, грибковый эндокардит, рецидивирующие тромбоэмболии.

Основной терапией подострого инфекционного эндокардита является антибактериальная терапия бактерицидными средствами, которая может быть подобрана при положительном результате бактериального посева [3].

Список литературы:

1. Белов Б.С. Инфекционный эндокардит. – РМЖ. – 1997. – №15. – 3 с;
2. Виноградова Т.Л. Инфекционный эндокардит: современное течение // Вестник РГМУ. – 2009. – №7. – 57-61 с;
3. Желтовский Ю.В. Инфекционный эндокардит клапанов сердца / Желтовский Ю.В., Григорьев Е.Г. // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2014. – №6. – 138-144 с;
4. Зарудский А.А. Инфекционный эндокардит на современном этапе: клинико-эпидемиологическая характеристика заболевания / Зарудский А.А.,

Кривошапова И.И., Присяжнюк Е.И., Гречишкина Ю.К., Веревкин А.А. // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – №3;

5. Ибрагимова Г.А. Инфекционный эндокардит: анализ особенностей клиники, диагностики и лечения / Ибрагимова Г.А., Бацигов Х. А., Ишмуратова З. Ш., Шарапова С. И. // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2005. – №1-2. – 164-166 с;

6. Кнышов Г.В. Инфекционный эндокардит заболевание иммунной системы / Кнышов Г.В., Воробьева А.М., Баланник З.Т., Руденко А.В., Войтюк Т.В. // Патология кровообращения и кардиохирургия. – 1999. – №1. – 24-27 с;

7. Непомнящая Е.М. Исторический взгляд на инфекционный эндокардит / Непомнящая Е.М., Кириченко Ю.Г., Гусарев С.А. // Известия высших учебных заведений. Северо-кавказский регион. Серия: естественные науки. – 2006. – №15. – 68-72 с;

8. Писарюк А.С. История учения об инфекционном эндокардите / Писарюк А.С., Котова Е.О., Караулова Ю.Л., Мильто А.С. // Клиническая фармакология и терапия. – 2018. – №27 (2). – 1-8 с.