

РАЗЛИЧИЯ В ПРОТЕКАНИИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОМАНОВ И ПАЦИЕНТОВ БЕЗ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Вербило Р. И., Хаджи Исмаиел А. И., Шолкова М.В.¹

¹*Белорусский государственный медицинский университет,
кафедра пропедевтики внутренних болезней
г. Минск*

Ключевые слова: инфекционный эндокардит, поражение клапанов сердца, употребление наркотических препаратов, диагностика.

Резюме. В статье проводится сравнение результатов анализа клинических данных и результатов лабораторно-инструментальных методов обследования пациентов с наркотической зависимостью и без анамнеза употребления наркотиков, проходивших стационарное лечение по поводу инфекционного эндокардита.

Актуальность. По официальным данным Министерства Здравоохранения РФ в последние годы наблюдается значительный рост наркомании, особенно среди молодежи в возрасте до 25 лет[3]. В связи с этим особую актуальность в настоящее время приобретает проблема так называемых "шприцевых" инфекций, среди которых наиболее часто встречаются: ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты, бактериальные гематогенные инфекции, в том числе инфекционный эндокардит (ИЭ).

Инфекционный эндокардит относится к числу тяжелых заболеваний с высоким уровнем летальности. В отсутствие лечения смертность при данном заболевании составляет 100%. По данным различных авторов, сегодня выросла заболеваемость ИЭ в пожилом возрасте, а также среди лиц в возрасте до 30 лет, использующих внутривенное введение наркотиков.[1,2] Установить диагноз инфекционного эндокардита сложно даже врачам приемного отделения, чаще других сталкивающимся с инъекционными наркоманами. Диагноз основывается на сопоставлении клинических и микробиологических данных, рентгенографии и ЭхоКГ. Важный признак - повторное выделение из крови характерного для инфекционного эндокардита возбудителя у больного с типичными симптомами со стороны сердца, легких и других органов. Точность диагностики инфекционного эндокардита у инъекционных наркоманов в приемных отделениях невелика. По данным одного исследования, диагноз инфекционного эндокардита был окончательно установлен у 12 из 87 (то есть у 13 %) инъекционных наркоманов, поступивших в приемные отделения больниц с лихорадкой. При этом в приемном отделении инфекционный эндокардит был диагностирован также у 12 больных, но подтвердился он только у 4. В то же время инфекционный эндокардит был в дальнейшем выявлен у 8 из 30 госпитализированных больных, которым в приемном отделении были поставлены другие диагнозы. Инъекционные наркоманы

нередко занимаются самолечением, принимая антибиотики внутрь. Это обстоятельство не всегда выясняется при сборе анамнеза, хотя оно исключительно важно при подозрении на инфекционный эндокардит, так как может быть причиной ложноотрицательных результатов посевов крови. Таким самолечением обусловлена распространенность среди инъекционных наркоманов эндокардитов, вызванных метициллиноустойчивыми штаммами *Staphylococcus aureus*[7].

Цели: сравнить клиническое течение и данные лабораторно-инструментальных методов обследования у пациентов с инфекционным эндокардитом, возникшим на фоне наркотической зависимости и без анамнеза употребления наркотиков.

Задачи:

1. Провести сравнение клинических проявлений инфекционного эндокардита, возникшего на фоне наркотической зависимости и без анамнеза употребления наркотиков.

2. Выявить отличия в результатах инструментально-лабораторных методов исследования у пациентов с инфекционным эндокардитом на фоне наркотической зависимости и без анамнеза употребления наркотиков.

Материал и методы. Было проведено ретроспективное исследование медицинских карт пациентов, проходивших стационарное лечение в УЗ«6 - я городская клиническая больница» на протяжении 2010-2014 гг. с заключительным диагнозом «инфекционный эндокардит». Статистический анализ проводился при помощи методов описательной статистики.

Результаты и их обсуждение. Всего в исследование было включено 30 пациентов. Было сформировано 2 группы – первая группа пациентов с наркотической зависимостью, средний возраст их составил 30 лет, из которых 60% мужчин и 40 % женщин, соотношение 1,5:1. Вторая группа пациентов без наркотической зависимости, средний возраст 46,6 лет, из которых 67% мужчин и 33% женщин, соотношение 2:1. В 1-й группе умерло 3 человека (20%), во второй группе все пациенты выжили.

Средняя температура поступивших пациентов на уровне была на уровне 37°C, при этом среди пациентов с зависимостью и без зависимости достоверных различий лихорадки не отмечалось (в 53% случаев против 40% субфебрилитет при поступлении, $p > 0.05$)

Цвет кожных покровов существенно не изменялся, при поступлении был бледно-розовым (в 1-й группе у 40% против 53% во второй группе, $p > 0.05$). бледным или субиктеричным (без различий между группами). Ни в одном случае не был отмечен классический цвет типа «кофе с молоком».

Аускультативная картина инфекционного эндокардита может проявляться появлением нового или изменением прежде существовавшего сердечного шума. По данным медицинских карт, при поступлении у пациентов 1-й группы шум при аускультации сердца выслушивался только в 20% случаев, а у пациентов 2-й группы в 53%. ($p = 0,053$) В некоторых случаях этот признак может быть слабо выражен из-за сравнительно больших

размеров вегетаций на ТК и невысокой линейной скоростью кровотока через клапан.

Одно из типичных проявлений эндокардита правых камер сердца – рецидивирующие полисегментарные пневмонии, инфаркт-пневмонии и абсцессы легкого. Именно они становятся главной причиной госпитализации пациентов с зависимостью. В нашей выборке пневмония наблюдалась у всех исследуемых наркоманов – 100% случаев и только у 40% без зависимости, различия высокодостоверны ($p < 0.001$).

Генерализованная инфекция может проявляться гиперплазией ретикулоэндотелиальной системы, в том числе и увеличением селезёнки. Однако спленомегалия (по данным клинического обследования и УЗИ органов брюшной полости) встречалась значительно чаще у лиц 1-й группы по сравнению со второй (67% против 27%, $p = 0,067$). Высокую частоту спленомегалии у наркоманов можно объяснить исходным иммунодефицитом [4] и большой частотой инфицирования вирусами гепатитов и ВИЧ (см. ниже).

Как правило, у больных пожилого и старческого возраста артриты и артралгии при ИЭ наблюдаются реже, чем у молодых, из-за возрастного снижения активности иммунитета [6]. Однако в нашем исследовании 1-я и 2-я группы имели значительные различия по возрасту, и частота поражения суставов у пациентов второй группы встречалась значительно чаще (в 1-й группе 13% случаев против 27% во 2-й), но различия статистически незначимы, $p = 0,64$.

Анемия является одним из частых проявлений ИЭ. В 1-й группе она была выявлена чаще (в 73% против 40% во 2-й), но различия между группами недостоверны ($p > 0.05$). Различий в показателях системы гемостаза (АЧТВ, ПТИ, фибриноген) между пациентами двух групп не было выявлено. Различий в поражении почек при инфекционном эндокардите между 1-й и 2-й группами не было выявлено (по 1/3 пациентов в каждой группе), хотя некоторые различия в уровне креатинина и СКФ имелись: у пациентов 1-й группы в 20% случаев креатинин крови превышал нормальные значения, во 2-й группе – в 33% ($p > 0.05$), однако с учетом различий по возрасту, возможно, имело место снижение почечной функции, связанное с другими причинами (нефроангиосклероз, хронические заболевания почек).

Одним из тяжёлых проявлений ИЭ является хроническая сердечная недостаточность. В нашей выборке тяжелая степень ХСН (ФК-3 и 4 по NYCHA) у пациентов 1-й и 2-й группы развивалась примерно с одинаковой частотой – в 40% и 47% случаев соответственно ($p > 0.05$). По данным литературы [5] частота развития СН также зависит от возбудителя: чаще она развивается при ИЭ, вызванным стафилококками, что не совпадает с нашими данными, у пациентов 1-й группы стафилококковая этиология процесса встречалась более чем в пять раз чаще, чем во 2-й (47% против 7%, $p = 0,039$).

В первой группе микробиологическое исследование крови дало положительные результаты в 67% случаев, в то время как у пациентов

второй группы положительные результаты были отмечены только в 13% ($p=0,009$), что может объясняться более высоким уровнем бактериемии у наркоманов. Среди потребителей наркотических препаратов в 70% случаев этиологическим агентом эндокардита являлись стафилококки, в 30% выявлялись кандиды, в 20% - энтерококки и в 10% грамотрицательная микрофлора (таблица 1).

Таблица 1 – Результаты микробиологического исследования крови

Рост	Флора	1 группа	%	2 группа	%
Есть	Всего	10	67	2	3
	Staph (aureusi др.)	7	47	1	7
	Candida alb.	3	20	0	0
	E. coli	1	7	1	7
Нет	—	5	33	13	7

Кроме закономерного поражения трикуспидального клапана (87%) у потребителей внутривенных наркотиков в 40% случаев в процесс вовлекался аортальный и митральный клапаны (таблица 2), в то время как у пациентов 2 группы преобладало поражение левых отделов сердца, трикуспидальный клапан вовлекается в процесс реже. Клапан легочной артерии не был поражен ни в одном случае.

Таблица 2 – Поражение клапанов при инфекционном эндокардите

Клапан	1 группа	%	2 группа	%
АК	6	40	9	60
МК	6	40	5	33
ТК	13	87	5	33
ЛК	-	-	-	-

Использование нестерильных растворов и шприцев может приводить к развитию таких заболеваний, как ВИЧ и вирусный гепатит. Среди пациентов 1-й группы ВИЧ выявлен в 40% случаев, среди пациентов 2-й группы ВИЧ не был выявлен ($p=0,02$). Хронический вирусный гепатит достоверно чаще наблюдался у большинства наркопотребителей – в 87% случаев против 40% во 2-й группе, $p=0,023$.

Выводы:

1. Среди небольшой выборки пациентов с инфекционным эндокардитом половину составили потребители внутривенных наркотиков.

2. Клиническая картина ИЭ у наркоманов имеет значительные особенности: молодой возраст, высокую частоту пневмоний (100%), ВИЧ-инфекции (40%), хронических вирусных гепатитов (87%), анемии, спленомегалии, более редкое выявление кардиальных шумов и поражения суставов.

3. Кроме закономерного поражения ТК (87%) у потребителей

внутривенных наркотиков в 40% случаев в процесс вовлекаются аортальный и митральный клапаны.

4. У потребителей наркотических веществ достоверно чаще выявлялась положительная гемокультура (67% против 13%, $p < 0.05$) Преобладающим микроорганизмом у наркопотребителей были различные виды стафилококка.

5. Лихорадка и развитие тяжелой ХСН (NYCHA ФК 3-4) характерна примерно для половины пациентов с ИЭ, причем как для наркопотребителей, так и для пациентов без анамнеза употребления наркотиков (без различий между группами).

Литература

1. Буткевич, О. М. Инфекционный эндокардит/О. М. Буткевич, Т. Л. Виноградова.– М., 1997.

2. Симоненко, В. Б. Инфекционный эндокардит: современное течение, диагностика, принципы лечения и профилактики/В. Б. Симоненко, С. А. Колесников.– Клин. мед., 1999. – № 3 – С. 44-49.

3. Утешев, Д. Б. Инфекционные и септические осложнения у наркоманов / Д. Б. Утешев, А. А. Карабиненко, Е. Н. Филатова// Лечащий врач. –2001. –№1. –С.56-59.

4. Гасанов, А. Б. Функциональная морфология органов иммунной системы при опиатной наркомании / А. Б. Гасанов // Современные проблемы науки и образования. – 2009. –№6. – С.47-51.

5. ESC Guidelines, New version 2009, European Heart Journal, 2009 [Электронный ресурс]/ The European Society of Cardiology –Электрон.дан.: UK, 2009.– М.:European Society of Cardiology, Inc., 2009. –Режимдоступа: www.escardio.org/guidelines(датаобращения: 22.02.15).

6. Тюрин, В. П. Инфекционные эндокардиты/ В. П. Тюрин. –М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. –77 с.

7. Инфекционный эндокардит у инъекционных наркоманов: диагностика[Электронный ресурс] / База знаний по молекулярной и общей биологии человека (HUMBIO); рук.проф. А.А. Александров – Электрон. дан. – М.: База знаний по молекулярной и общей биологии человека, 2015. – Режим доступа: http://humbio.ru/humbio/infect_har/0020c4ed(дата обращения: 30.02.15).