

ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ (ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ И ЛЕЧЕНИЕ): КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ 2010

А.А. Демин*

Новосибирский государственный медицинский университет. 630091, Новосибирск, Красный проспект, 52

Инфекционный эндокардит (профилактика, диагностические критерии и лечение): ключевые положения 2010

А.А. Демин*

Новосибирский государственный медицинский университет. 630091, Новосибирск, Красный проспект, 52

В комментариях разъясняются ключевые положения Рекомендаций по профилактике, диагностике и лечению инфекционного эндокардита, подготовленные Рабочей группой Европейского общества кардиологов (ESC) в 2009 г., и приводятся последние мнения по данной проблеме.

Ключевые слова: инфекционный эндокардит, рекомендации, Европейское общество кардиологов.

РФК 2010;6(5):747-748

The Infective endocarditis (prevention, diagnosis criteria and treatment): key points 2010

A.A. Demin*

Novosibirsk State Medical University. Krasny Prospect 52, Novosibirsk, 630091 Russia

Key positions of Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis issued by the Task Force of ESC in 2009 are explained in the comments. Recent opinions on these items are presented.

Key words: infective endocarditis, clinical guidelines, European Society of Cardiology.

Rational Pharmacother. Card. 2010;6(5):747-748

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): alexdemin2006@yandex.ru

Инфекционный эндокардит (ИЭ) — развивающаяся болезнь, которая в начале XXI века является большой проблемой для врачей общей практики, кардиологов, инфекционистов, микробиологов и кардиохирургов. Несмотря на улучшение лечения, прогноз при ИЭ по-прежнему остаётся тяжёлым. Недавно медицинские общества США и Европы выпустили Рекомендации по профилактике, диагностике и лечению инфекционного эндокардита (2008/9) [1,2] и рекомендации по эхокардиографии при ИЭ (2010) [3]. Этому же вопросу были посвящены международный симпозиум (Неаполь, 2009) и специальные заседания на Европейских кардиологических конгрессах (Барселона, 2009 и Стокгольм, 2010). В связи с первой российской публикацией Европейских рекомендаций по ИЭ приводим ключевые положения этой проблемы на настоящий момент.

- Определение. ИЭ является эндоваскулярной инфекцией, обычно вызываемой бактериями, которые вовлекают не только естественные клапаны сердца, но и имплантированные инородные материалы, такие как клапанные протезы или электроды кардиостимулятора.
- Эпидемиология: заболеваемость ИЭ составляет 30 случаев на 1 млн населения/год со смертностью 20-30%. Продолжительность латентного периода от начала первых признаков до диагноза — около 1 месяца.
- Профилактика ИЭ: использование антибиотиков для

профилактики эндокардита в процедурах, которые могут вызвать бактериемию, является спорным, так как существующая доказательная база не может ни поддержать, ни отвергнуть существующую практику. Профилактика ИЭ в настоящее время рекомендуется только для пациентов с высоким риском осложнений или смерти в случае возникновения эндокардита. При любой процедуре с вовлечением инфицированных тканей показана химиопрофилактика. Для больных с высоким риском осложнённого или смертельного исхода ИЭ должен быть выбран профилактический режим применения антибиотиков для воздействия на типичные инфекционные агенты данного региона (например, для желудочно-кишечного тракта — энтерококки).

- Клинические проявления часто неспецифичны (лихорадка, потеря веса и ночные поты). Септические эмболии могут вызвать неврологические проявления. Таким образом, возможность ИЭ следует рассматривать всякий раз, когда неврологические нарушения обнаруживаются у больных с необъяснимой лихорадкой.
- Роль эхокардиографии (ЭхоКГ). ЭхоКГ является методом выбора для демонстрации вовлечения эндокарда. Чреспищеводная ЭхоКГ является более чувствительной, чем трансторакальная ЭхоКГ.
- Идентификация инфекционного организма. Три набора гемокультур (аэробные и анаэробные) должны быть взяты из периферических вен после соответствующей дезинфекции кожи до применения антибиотиков. Температура тела больного в момент забора крови не имеет значения.

Сведения о авторе:

Демин Александр Аристархович — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии и клинической фармакологии лечебного факультета НГМУ, начальник отдела клинических исследований НГМУ.

- Диагностические критерии. Критерии Duke позволяют ставить диагноз объективно, но не заменяют клиническую оценку. Новые модификации критериев Duke увеличили их чувствительность, но уменьшили специфичность.
- Лечение антибиотиками. После забора гемокультур комбинированная терапия антибиотиками широкого спектра действия должна быть начата на основе спектра возможных возбудителей и особенностей вовлечённых структур (естественный клапан, протез и т.д.). После того как станут известны микробиологические результаты, лечение антибиотиками адаптируется соответствующим образом.
- ИЭ естественных клапанов. При ИЭ естественных клапанов и позднем ИЭ после замены клапана наиболее распространёнными инфекционными организмами являются метициллин-чувствительный *S. aureus*, различные виды стрептококка и *Enterococcus faecalis*.
- Современная антибиотикотерапия. Лечение должно быть начато на эмпирической основе, затем изменено согласно полученным данным антибиотической резистентности. Выбор подходящего антибиотика должен подразумевать минимальную ингибирующую концентрацию (МИК), а не просто быть основан на классификации чувствительности к антибиотикам, например на категории "чувствительных", "промежуточных" и "устойчивых". Это особенно касается лечения гликопептидами: "резистентность к ванкомицину" хотя часто обсуждается, встречается довольно редко среди *S. aureus* (VRSA), в то время как проблему составляют штаммы *S. aureus* с промежуточной чувствительностью к ванкомицину (VISA). В таких случаях при лечении необходимо руководствоваться только точным определением резистентности наряду с обеспечением надлежащего мониторинга уровней в сыворотке; в соответствии с действующими рекомендациями они должны лежать в диапазоне 15-20 мкг/мл, а не, как ранее рекомендовалось, 5-10 мкг/мл.
- Новые антибиотики. Липопептид даптомицин был одобрен для лечения бактериемий и ИЭ, вызванных *S. aureus* и метициллин-резистентными стрептококками. Он эффективен и менее нефротоксичен, чем стандартное лечение ванкомицином или полусинтетическим пенициллином с гентамицином.
- Гентамицин. Нет современных клинических исследований с конечной точкой, поддерживающих совместное применение гентамицина и бета-лактамов антибиотиков. Так как это сочетание высокотоксично, его следует рассматривать как не более чем дополнительную возможность для лечения стафилококковых инфекций.
- Продолжение лечения для отдельных больных в амбулаторных условиях. В связи с высоким риском осложнений ИЭ в первые две недели после установления диагноза возможность амбулаторного лечения в этот период следует рассматривать с предельной осторожностью. Если не возникло никаких осложнений к концу этого периода (острая клапанная недостаточность, тяжёлая септическая эмболия или полная атриовентрикулярная блокада), у тщательно отобранных больных возможно продолжение лечения в амбулаторных условиях, в частности при ИЭ естественного клапана, вызванного пенициллин-чувствительными штаммами стрептококка. Следует организовать еженедельные наблюдения амбулаторных больных в курирующей их больнице для мониторинга успешного лечения и модификации лечения при необходимости.
- Хирургическое лечение. Хирургическое лечение не следует рассматривать в качестве последнего средства, когда консервативное лечение оказывается неэффективным, а как важный компонент общей терапевтической стратегии. Показания: операция должна быть выполнена без промедления, если ИЭ не контролируется консервативным лечением, или в случае сердечной недостаточности, формировании абсцесса, или повторяющихся эмболий.
- Обучение пациентов. Все больные с болезнями сердечных клапанов должны знать симптомы и признаки ИЭ, необходимость зубной и кожной гигиены, риск пирсинга и татуировок, важность антимикробной профилактики должна подчеркиваться в группах высокого риска (больной – семейный врач – зубной врач).
- Заключение. Несмотря на значительные успехи в диагностике и лечении, ИЭ сохраняет высокие показатели заболеваемости и смертности. Необходимыми предпосылками для быстрой диагностики и специфически направленного лечения ИЭ являются морфологическая демонстрация вовлечения эндокарда с помощью эхокардиографии и идентификация подлежащих патогенов с должным образом выращенной гемокультурой.

Литература

1. ACC/AHA 2008 Guideline Update on Valvular Heart Disease: Focused Update on Infective Endocarditis, *J Am Coll Cardiol* 2008;52(8):676-85.
2. Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis (new version 2009): the Task Force on the Prevention, Diagnosis, and Treatment of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2009;30(19):2369-413.
3. Habib G., Badano L., Tribouilloy C. et al. Recommendations for the practice of echocardiography in infective endocarditis. *Eur J Echocardiogr* 2010;11(2):202-19.

Поступила 04.10.2010
Принята в печать 04.10.2010