

УДК 616.126-002-036.112-02:616.9

ВИПАДОК ПІДГОСТРОГО ІНФЕКЦІЙНОГО ЕНДОКАРДИТУ У МОНТЕРА КОЛІЇ, СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЙОГО ПРОФІЛАКТИКИ У РОБІТНИКІВ ЗАЛІЗНИЧНОГО ТРАНСПОРТУ

П. П. Дажук

Вузлова лікарня на станції Шепетівка Південно-Західної залізниці

Ключові слова: підгострий інфекційний ендокардит, інфекційний ендокардит, геморагічний васкуліт, антибактеріальна профілактика.

Інфекційний ендокардит (ІЕ) — це ураження ендокарда з переважанням його альтернативно-деструктивних змін, котрі є джерелом бактеріємії та емболії і зумовлені різноманітними неспецифічними збудниками. Клінічна картина залежить від збудника.

Незважаючи на значний прогрес знань у сучасного лікаря про інфекційний ендокардит, велике технічне озброєння медичних закладів (удосконалення бактеріологічних та імунологічних досліджень, застосування трансторакальної кольорової доплерокардіографії та ін.), діагностувати це захворювання складно. Нерідко діагноз встановлюють несвоєчасно, коли вже сформувався різко проявлена вада серця, інколи з ознаками серцевої недостатності. Водночас спостерігається тенденція до гіпердіагностування цього захворювання на підставі гарячки й даних інструментального дослідження. Значну частину ІЕ останнього десятиліття становлять так звані нозокоміальні ендокардити, залежні від медичної діяльності. Нині в світі відмічається зростання кількості випадків захворювання і його поширення серед людей молодшого та середнього віку [3]. За даними J. Verlin (1995), щороку захворюваність на ІЕ становить від 1,7 до 4 випадків на 100 тис. населення [5].

Одна з основних причин виникнення ІЕ — погіршення соціально-побутових умов життя населення і зниження загальної резистентності організму. Результати анкетування лікарів з питань профілактики ІЕ в Україні показали, що для більшості лікарів виявилися важкими запитання стосовно того, які потрібні втручання, антибактеріальна профілактика (АБП) ІЕ [1]. Незважаючи на те, що на сьогодні докладно вивчено патогенез усіх типів інфекційного ендокардиту, включаючи гострий (ГІЕ) і підгострий інфекційний ендокардит (ПІЕ), багато лікарів не мають чіткого уяв-

лення про застосування антибіотиків для профілактики ІЕ.

Усвідомити доцільність АБП надзвичайно важливо, особливо у зв'язку із зростанням кількості випадків ГІЕ [7]. F. Delahaye та співавтори [6], проаналізувавши 116 госпітальних випадків ІЕ, дійшли невтішних висновків: профілактика ІЕ не проводилася взагалі у половини (47%) із числа тих пацієнтів, які мали потребу в ній, а правильно здійснювалася лише у 17,7% хворих. Дуже часто нехтувалися фундаментальні принципи первинної АБП, хоча рекомендації з її проведення розроблялися упродовж останніх 45 років. У більшості хворих ІЕ розвивається вторинно, внаслідок бактеріємії, що спонтанно виникає у процесі повсякденної активності (чищення зубів, кишкова перистальтика тощо).

Але будь-які маніпуляції, що порушують цілісність слизових оболонок, колонізованих мікроорганізмами, можуть спричинити бактеріємію. Тому упровадження АБП під час певних лікувально-діагностичних маніпуляцій є обов'язковим, але багато лікарів не розуміють її значення або не мають мотивації для її проведення.

У зв'язку із застосуванням тепер різноманітних інвазивних методів дослідження, оперативних втручань, особливо на судинах серця, на тлі зниження резистентності організму проблема ІЕ, його профілактика, стає дедалі актуальнішою. Наявність стертих і малосимптомних форм, задовільний стан на початку захворювання спонукають ширше впроваджувати ехокардіографію, особливо для пацієнтів, праця яких безпосередньо пов'язана з безпекою руху залізничного транспорту.

Видається цікавим випадок захворювання у монтера колії, що спостерігали у клініці, з погляду анатомо-клінічного його зіставлення.

Хворий В., 56 років, монтер колії, госпіталізований до терапевтичного відділення 23.06 зі скар-

гами на задиху, геморагічні висипання на правій гомілці, біль у суглобах.

З анамнезу відомо, що він вперше захворів у безрезні, коли з'явився біль у правому кульшовому суглобі, був обстежений і отримував лікування з приводу коксартрозу. Через два тижні на тлі лікування індометацином з'явилися геморагічні висипання на гомілці, збільшився біль у суглобі, у зв'язку з чим з 15.03 по 07.04 перебував на лікуванні з приводу геморагічного васкуліту. Після лікування фраксипарином, антигістамінними препаратами, препаратами кальцію висипання зійшли, стан поліпшився. Змін у крові не відзначено. Проте через 2,5 місяця, після переохолодження, несподівано підвищилася температура і з'явилися геморагічні висипання на носі. Був госпіталізований до відділення з приводу лівобічної пневмонії. На час прийняття хворого відзначали блідість шкіри, ціаноз слизових оболонок, набряки на ногах, задиху в стані спокою. На шкірі нижньої третини правої гомілки темно-червоні крапчасті ділянки, котрі зливаються між собою. Рентгенологічне дослідження від 23.06 виявило в легенях зліва у базальних відділах інфільтрацію. Серце розширене за рахунок лівих відділів. Загальний аналіз крові на момент госпіталізації від 23.06: гемоглобін 110 г/л, лейкоцити $10,5 \times 10^9$ /л, ШОЕ 55 мм/год. Аналіз крові від 29.06: гемоглобін 98 г/л, лейкоцити $10,5 \times 10^9$ /л, ШОЕ 45 мм/год; сечовина 22,0 ммоль/л, креатинін 0,15 ммоль/л. Загальний аналіз сечі: білок 0,26 г/л, лейкоцити 15–20, еритроцити 3,5 у полі зору.

Електрокардіографія від 29.06: ознаки збільшення лівого шлуночка із систолічною його дисфункцією.

На аорті при аускультатії визначався систолічний шум. У чоловіка віком 56 років систолічний шум над аортою без будь-яких в минулому анамнестичних даних важко було віднести до вади. Більш імовірними видавалися склеротичні зміни аорти з ураженням клапанів, які створювали умови для систолічного шуму. Для хворого такого віку важко вирішити відразу питання на користь вади, а саме свіжого ендокардиту.

Геморагічний діатез із дрібними крововиливами на шкірі супроводжує велику кількість не тільки септичних захворювань, а й захворювань кровотворної і судинної систем. Невдовзі, окрім систолічного, почав визначатися діастолічний шум. Таким чином, поступово з'явилися ознаки для припущення свіжого ураження аортальних клапанів. Прогресування геморагічних висипань, без сумніву, свідчило про враження ендотелію дрібних судин і про септичний процес. У низці клінічних симптомів геморагії мають діагностичне значення. Цей симптом виявився вже достатнім обґрунтуванням

для підгострого інфекційного ендокардиту. Ехокардіографія у доплер-режимі: аорта 3,1 см, аортальний клапан — стулки ущільнені, змикання неповне, зворотний потік на аортальному клапані I ст.

Проведена антибактеріальна терапія сприяла нормалізації температури, показників крові, однак вада серця, що сформувалася, спричинила прогресування серцевої недостатності. Від оперативного втручання хворий відмовився і з наростанням ознак серцево-судинної недостатності помер.

Гістологічне дослідження трупного матеріалу з боку аортального клапана: розрив з тромботичними нашаруваннями і колоніями коків.

Отже, капіляротоксикоз (геморагічний васкуліт) треба розглядати як ускладнення основного захворювання — підгострого інфекційного ендокардиту.

Проводити АБП дуже важливо, з огляду на зростання захворюваності на інфекційний ендокардит. Часто страждають пацієнти, котрі не мали попередніх захворювань серця, тому їм найчастіше не проводили АБП.

Найбільше значення для лікарів загальної практики і кардіологів мають питання профілактики ІЕ нативного клапана. Найзагрозливішими для хворого є маніпуляції, які супроводжуються масивною довготривалою бактеріємією. За сучасними поглядами, профілактика ІЕ нативного клапана здійснюється в режимі ерадикації (повного знищення) мікробних тіл, що потрапили у кровотік, спричиняють порівняно високий ризик ятрогенних ускладнень і внаслідок цього становлять потенційну загрозу для хворого). Режими проведення профілактики наведено у табл. 1.

Експерти Американської асоціації кардіологів наводять перелік процедур, після яких рекомендовано проводити профілактику ІЕ [3]:

- стоматологічні втручання, ускладнені кровотечею;
- тонзилектомія, аденоїдектомія;
- хірургічне видалення частини слизової оболонки шлунково-кишкового або респіраторного тракту;
- склеротерапія варикозно розширених вен стравоходу і його дилатація;
- дилатація сечоводу;
- хірургічне лікування патології сечовивідних шляхів (у т. ч. простатектомія);
- довготривала катетеризація сечового міхура, ускладнена інфекцією;
- вагінальна гістеректомія;
- інфіковані пологи;
- розтин і дренивання інфікованих тканин.

У доантибіотичну еру інфекційний ендокардит вважали, безперечно, фатальною хворобою.

Таблиця 1

Режими профілактики інфекційного ендокардиту

Режим	Препарат	Одноразова доза	Шляхи введення	Спосіб застосування
Стандартний	амоксцилін	3,0 г 1,5 г	<i>Per os</i>	за 1 год до процедури, через 6 год після першої дози
За наявності алергії	еритроміцин стеарат	1,0 г 0,5 г	<i>Per os</i>	за 2 год до процедури, через 6 год після першої дози
Якщо не можна застосувати пероральну терапію	ампіцилін	2,0 г 1,0 г	в/м (в/в)	за 30 хв до процедури, через 6 год після першої дози
За наявності алергії до пеніциліну, амоксициліну, ампіциліну та якщо не можна застосувати пероральну терапію	кліндаміцин	300,0 мг 150,0 мг	в/в	за 1 год до процедури, після прийняття першої дози
Планові операції на сечостатево-мочевому та шлунково-кишковому трактах	ампіцилін + гентаміцин амоксцилін	20,0 г 85 мг 1,5 г	в/в <i>Per os</i>	за 30 хв до процедури, через 6 год після першої дози
За наявності алергії до ампіциліну, амоксициліну	ванкомицин + гентаміцин	1,0 г 80 мг	в/в	за 1 год до процедури і через 8 год після першої дози

Клінічний перебіг ІЕ, найчастіше зумовленого бактеріями, значно змінився за останні роки через успіхи медикаментозного та хірургічного лікування, первинна ефективність якого досягла 70–80%, а десятилітнє виживання 50% [8].

Неефективність профілактики пов'язують із відсутністю у пацієнтів потрібних знань.

Невід'ємними чинниками для досягнення успіху у проведенні АБП є обов'язкові програми для пацієнтів з метою підвищення їхньої компетентності, а також прийняття відповідних рекомендацій, що регламентують проведення профілактики інфекційного ендокардиту у робітників залізничного транспорту.

Цитована література

1. Березняков И. Г. Анкетирование врачей по вопросам диагностики и лечения инфекционного эндокардита на Украине / И. Г. Березняков, И. В. Волкова // Тез. докл. XVII междунар. конф. по фармакоэпидемиологии (23–26 августа 2001 г., Торонто, Канада).
2. Трудности диагностики и лечения пациентов молодого и среднего возраста с подострыми формами инфекционного эндокардита / А. И. Кравченко, В. А. Горголь, В. М. Анищенко и др. // Укр. мед. часоп.— 2000.— № 4 (18).— С. 112–114.
3. A critical appraisal of the quality of the management of infective endocarditis / F. Delahaye, M. O. Rial, C. de Gerigny et al. // J. Am. Coll. Cardiol.— 1999.— Vol. 33, N 3.— P. 788–793.
4. Incidence of infective endocarditis in the Delaware Valley, 1988–1990 / J. A. Berlin, E. Abrutyn, B. L. Storm et al. // Am. J. Cardiol.— 1995.— Vol. 76, N 12.— P. 933–936.
5. Lerner P. I. Infective endocarditis in the antibiotic era / P. I. Lerner, L. Weinstein // N. Engl. J. Med.— 1966.— Vol. 274.— P. 199–206.
6. Survey of infective endocarditis in the last 10 years: analysis of clinical, microbiological and therapeutic features / M. Sekido, T. Takano, M. Takagama, H. Hayakawa // J. Cardiol.— 1999.— Vol. 33.— P. 209–215.— Japanese.

Случай подострого инфекционного эндокардита у монтера пути и современные аспекты его профилактики у работников железнодорожного транспорта

П. П. Дажук

Проанализирован случай подострого инфекционного эндокардита у работника железнодорожного транспорта — монтера пути, в порядке анатомо-клинического сопоставления. Рассмотрены современные аспекты профилактики инфекционного эндокардита нативного клапана, отмечена необходимость применения эхокардиографии с профилактической целью и принятия согласованных рекомендаций, регламентирующих профилактику инфекционного эндокардита у работников железнодорожного транспорта.

The case of subacute infective endocarditis in a railway mounter and modern aspects of its prevention in rail transport workers

P. P. Dazhuk

A case of subacute infective endocarditis in a railway transport worker — railway mounter, has been analyzed on the basis of anatomico-clinical matching. The modern aspects of prevention of native valve's infective endocarditis has been reviewed, the necessity of echocardiography application with preventive purposes and the adoption of consensus guidelines, regulating infective endocarditis prevention in rail transport workers, has been noted.