



Инфекциозният ендокардит е често срещано заболяване, а причините за него са много и разнообразни. Как се доказва болестта на сърцето и какво лечение се прилага - обясни топспециалистът г-р Асен Келчев.

Д-р Асен Келчев:

ИНФЕКЦИОЗНИЯТ ЕНДОКАРДИТ е лечимо заболяване

- Д-р Келчев, какво представлява инфекциозният ендокардит?

- Това е животозастрашаващо заболяване, характеризиращо се с възпаление както на собствените клапи на сърцето – нативен ендокардит, така и на имплантирани при сърдечна операция протези, рингове или други устройства, като например електроди на пейсмейкър, чадърчета за затваряне на междупредсърдни дефекти и т.н. В тези случаи говорим за протезен ендокардит. Заболяването се характеризира с образуване на натрупвания от бактерии и тромботичен материал по засегнатата клапа или устройство, наречени вегетации. Инфекциозният процес води до разрушаване на засегнатата клапа, а натрупаните вегетации създават условия за емболични инциденти, предизвикващи инсулт или проблем с кръвоснабдяването на някой от вътрешните органи или крайниците.

С развитието на сърдечно-съдовата медицина и навлизането в клиничната практика на все повече подпомагачи сърцето устройства, честотата на това заболяване се увеличава. На годишна база то засяга 3 до 10 души на 100 хил. население, а смъртността достига до 30% в рамките на 30 дни от поставяне на диагнозата.

- Кои са най-честите симптоми?

- Клиничната картина на инфекциозния ендокардит е много разнообразна. Различават се остра, подостра и хронична форма на заболяването, в зависимост от бактериалния причинител, функцията на сърцето, както и от придружаващите заболявания на пациента.

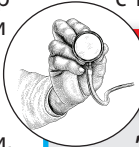
Най-честите симптоми са: висока температура, нощни изпотявания, лесна умора, задух, загуба на тегло и апетит.

При около 25% от пациентите като първи симптом се наблюдава емболичен инцидент в периферен орган (инсулт, инфаркт на далака, периферна емболия в някой от крайниците). Основни за поставянето на диагнозата са бактериален растеж в хемокултури, взети от пациента и ехографски диагностицирани вегетации по клапите на сърцето, допълнително ни насочват високата температура, анемичен синдром и рисковите фактори за възникване на заболяването (имплантирани клапни протези, хемодиализа, скоростни медицински манипулации, бicuspidна аортна клапа), както и някои кожни

и имунологични прояви на заболяването.

- Има ли случаи, при които се проявяват и необичайни симптоми?

- Инфекциозният ендокардит понякога се проявява с клинична картина,



Визитка

Д-р Асен Келчев е възпитаник на Медицинския университет в София, който завършва с отличие през 2004 г. До 2007 г. работи като ординатор в Клиниката по кардиохирургия в УМБАЛ „Св. Екатерина“, професионалното му израстване продължава в „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуга“, а от 2018 г. до момента завежда Отделението по кардиохирургия в „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Сърдечно-съдов център“.

В работата си въвежда иновативни методи на лечение. Екипът на д-р Келчев е първият в България, въвел имплантиране на аортна клапа, без разрязване на гръдната кост. За последната година над 98% от аортните клапи в отделението са сменени с минимално инвазивен достъп.

Д-р Келчев има специалности по кардиохирургия и по съдова хирургия, магистърска степен по „Здравен мениджмънт“, както и защитена научно-образователна степен „доктор“.



имитираща други, най-често, автоимунни, ревматологични или неврологични заболявания.

Съществуват и т.нар. абактериални форми на ендокардит (ендокардит на Libman-Sacks), който се наблюдава при системния лупус еритематозус (автоимунно заболяване), причиняващ клапна деструкция и потенциален риск от емболии, без да има подлежащ бактериален причинител. В тези случаи рискът от сърдечна операция се повишава поради подлежащото системно заболяване.

СПЕЦИФИЧНА КОЖНА ПРОЯВА

на инфекциозния ендокардит са възлите на Ослер, които представляват червени болезнени уплътнения в подкожната тъкан или кожата. Симптомите, като висока температура и нощни изпотявания, могат да имитират заболявания на щитовидната жлеза, както и някои хематологични болести, например различни видове левкоза.

- Кои са бактериите, причинители на заболяването?

- Staphylococcus aureus е най-честият причинител на това заболяване, засягащ около 30% от пациентите, следван от Streptococcus Viridans – 19%, заедно с останалите стрептококи и ентерококи, като тези няколко микроорганизма

обхващат около 90% от всички случаи на бактериален ендокардит.

- Колко е опасен т.нар. златист стафилокок като причинител на инфекциозен ендокардит (ИЕ)?

- Златистият стафилокок или Staphylococcus aureus е микроорганизъм със силна вирулентност и като такъв причинява тежко протичаща и трудно овладяваща се системна инфекция. Освен клапната деструкция, златистият стафилокок лесно се разпространява в околочлапната сърдечна тъкан, образувайки паравалвуларни абсцеси и фистули между различните сърдечни кухини. Хирургичната корекция на тази патология изисква комплексен подход и е свързана с висок риск от рецидив на инфекцията и смъртност. Способността на този микроорганизъм да се разпространява и развива в други органи, води до образуването на абсцеси (далак, мозък, бял дроб), което затруднява постигането на клинична ремисия на заболяването. развитието на резистентност (нечувствителност) към голям брой антибиотици, прави борбата с него още по-трудна. При доказване на такъв причинител е необходима консултация с гастроентеролог и невролог за изключване на периферни абсцеси, с ехография или компютър томограф-

Татуировки и болни зъби могат да са причина за животозастрашаващото заболяване

ско изследване. Откриването на абсцеси в далака налага неговото отстраняване в хода на хирургичното лечение на клапната патология с оглед саниране на заболяването.

- Как става заразяването?

- Заразяването става чрез навлизане на микроорганизми в кръвообращението, тяхното поселване върху увредената сърдечна клапа или протеза и невъзможността на имунната система на организма да ликвидира тази бактериална заплаха.

Епидемиологията на инфекциозния ендокардит значително се промени през последните години, като към момента 25-30% от случаите са свързани с медицински манипулации и козметични процедури (венозни пътища, татуировки, иглотерапия) или засягат имплантирани в сърцето устройства (клапни протези, пейсмейкър, чадърчета за затваряне на междупредсърден дефект, катетри за хемодиализа).

В медицинската литература се появиха многобройни клинични случаи, показващи пряката връзка между извършени процедури по татуиране, **ПИЪРСИНГ, ИГЛОТЕРАПИЯ ИЛИ КОЗМЕТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ,**

и развитието на инфекциозен ендокардит. По тази причина обществото трябва да бъде информирано за тези потенциални рискове и да се предприемат необходимите мерки за намаляване на риска, като педантично спазване на правилата за асептика и антисептика при извършването на тези процедури и антибиотична профилактика на рисковите групи.

Освен тях, най-честата входна врата за развитие на заболяването са зъбите. Затова при пациенти с предразполагащи фактори повечето зъбни манипулации, включително и почистване на зъбен камък, трябва да се извършват под защита на антибиотик.

Друга входна врата е урогениталният тракт и рецидивизиращите възпалителни заболявания на бъбреците, като е важно санирането на



тези тлеещи инфекции с насочена антибиотична терапия. Профилактиката е в основата на предотвратяването на това често пъти смъртоносно заболяване.

- Има ли случаи на инфекциозен ендокардит, свързани с инжекционна употреба на наркотици?

- Инжекционната употреба на наркотици е основен предразполагащ фактор за развитието освен на хепатит С и СПИН, и на инфекциозен ендокардит. Редица медицински публикации по темата обръщат внимание на засягането предимно на трикуспидалната клапа при венозни наркомани. Лечението е хирургично, като честотата за рецидив е голяма поради трудното овладяване на наркотичната зависимост.

- Колко време минава от заразяването до първите прояви на болестта?

- Точен отговор на този въпрос не може да се даде, защото клиничната проява на заболяването зависи както от вирулентността на причиняващия микроорганизъм, така и от съпротивителните сили на организма.

Развитието на заболяването може да отнеме от една седмица до над шест месеца от навлизането на микроорганизма в кръвообращението.

- Непременно ли заболяването от инфекциозен ендокардит трябва да е имал преди заразяването дефекти на сърдечната клапа?

- Предразполагащите фактори за развитието на бактериален ендокардит са много и различни, като включват вродени и придобити сърдечни заболявания, например

Какво трябва да е поведението на пациент след лечение?

„Основно значение има активната рехабилитация и балансиран хранителен режим. Активната двигателна рехабилитация и богата на протеини храна водят до възстановяване на съпротивителните сили на организма и връщането му като пълноценен член на обществото.

В заключение искам да кажа, че инфекциозният ендокардит е животозастрашаващо заболяване, но със своевременна диагноза, насочена антибиотична терапия и екзактна хирургична намеса, изходът е благоприятен при голям брой от случаите. Насочването на пациентите със съмнение за инфекциозен ендокардит към специализиран център за лечение на клапни заболявания е изключително важно. Антибиотичната профилактика на рисковите групи е в основата на намаляване на честотата на инфекциозния ендокардит на популационно ниво“, обясни лекарят.

бicuspidна аортна клапа и пролапс на митрална клапа, ревматично заболяване на клапния апарат на сърцето, предшестваш инфекциозен ендокардит и/или имплантирани сърдечни устройства постоянни пейсмейкър, кардиовертер-дефибрилатори или сърдечни клапни протези. Другата група фактори са редица придружаващи заболявания, като интравенозна злоупотреба с наркотици,