



МБАЛ "Национална Кардиологична Болница" ЕАД

# Оперативно лечение на инфекциозен ендокардит (нашият опит)

Проф.Л.Бояджиев<sup>1</sup>д.м.н., Доц.В.Коларов<sup>1</sup>д.м.,  
Д-р А.Нешева<sup>1</sup>, Д-р Г.Коленцов<sup>1</sup>,  
Д-р Л.Бакаливанов<sup>2</sup>д.м.

1.Клиника по Кардиохирургия

2.Отделение по Сърдечно-съдова Анестезия и Интензивно Лечение

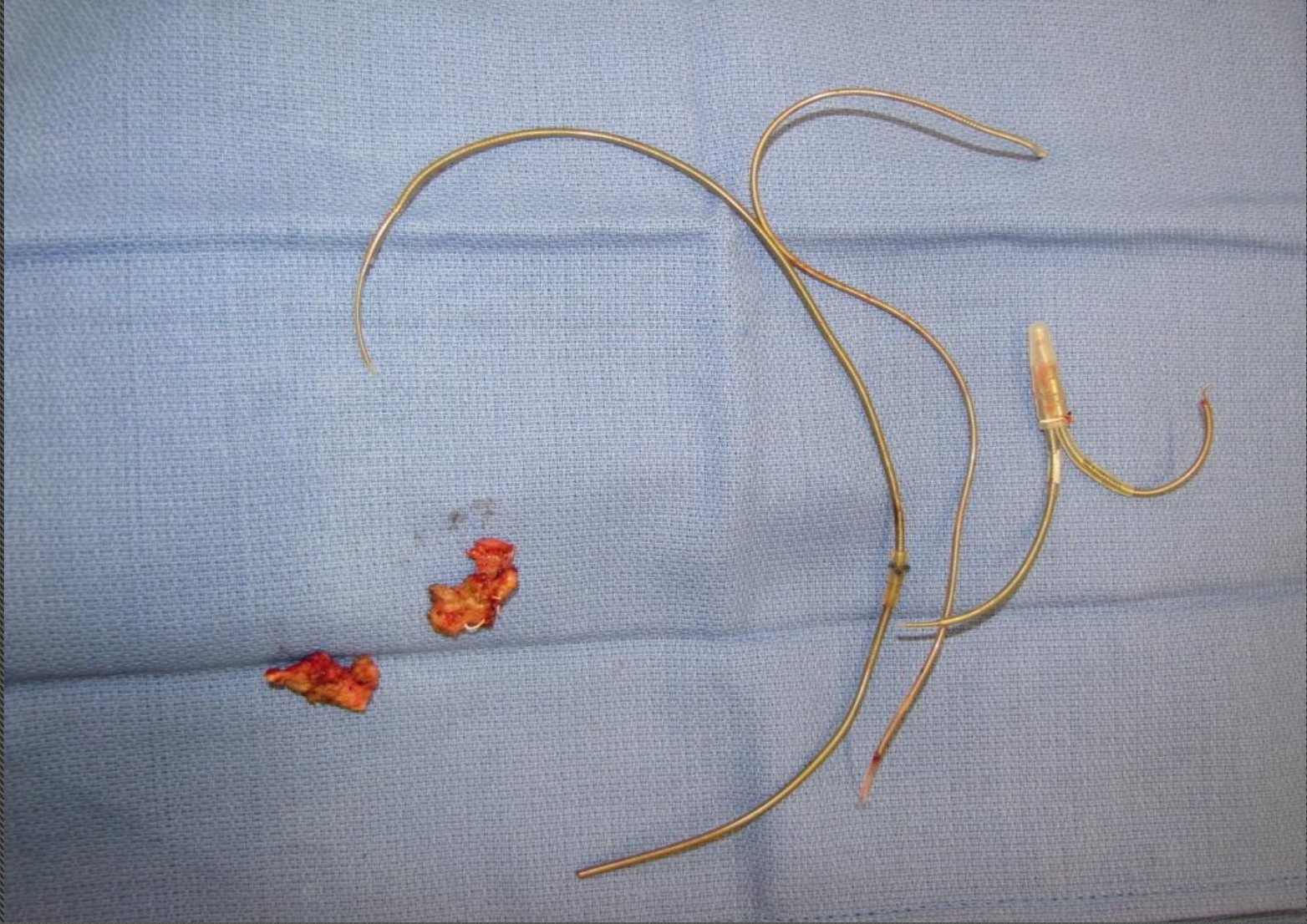
XIV Национален конгрес по Кардиология, 2-5 Октомври 2014г.



# Увод

По литературни данни инфекциозният ендокардит засяга годишно между 3-10 човека на 100 000.

Най-честа причина за развитието му са диагностични и терапевтични процедури водещи до контакт с кръвта на пациента. Също така не малък е и броят на пациентите с ИЕ сред наркозависимите.





Около 40 – 45% от всички пациенти с инфекциозен ендокардит са подложени на оперативно лечение.

Цел:

- 1) да се отстрани инфектираната тъкан.
- 2) да се дренира абсцес при наличие.
- 3) да се възстанови хемодинамиката.



Ранната следоперативна смъртност при клапните операции на пациенти с ИЕ варира между 4% и 30% в зависимост от времето за извършване на оперативната интервенция.

- планови операции – около 5%
- неотложни операции – около 16%
- спешни операции – около 33%



Лечението на пациентите с ИЕ е комплексно и изисква мултидисциплинарен подход с участието на кардиолози, хирурзи, микробиолози, инфекционисти, а често и други специалисти.



# Цел

Да представим нашия опит в оперативното лечение на пациентите с инфекциозен ендокардит.



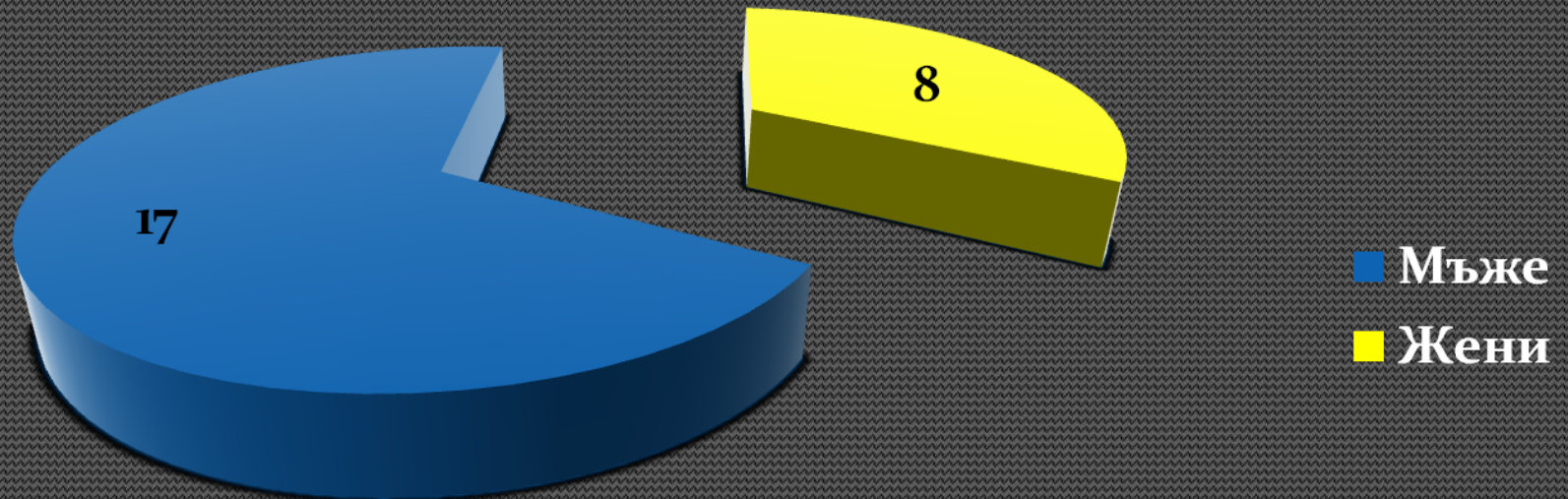
# Материали и методи

Настоящият доклад обхваща периода от 2011 до месец Май 2014 година, през който в Клиниката по кардиохирургия са оперирани 25 пациента с инфекциозен ендокардит.





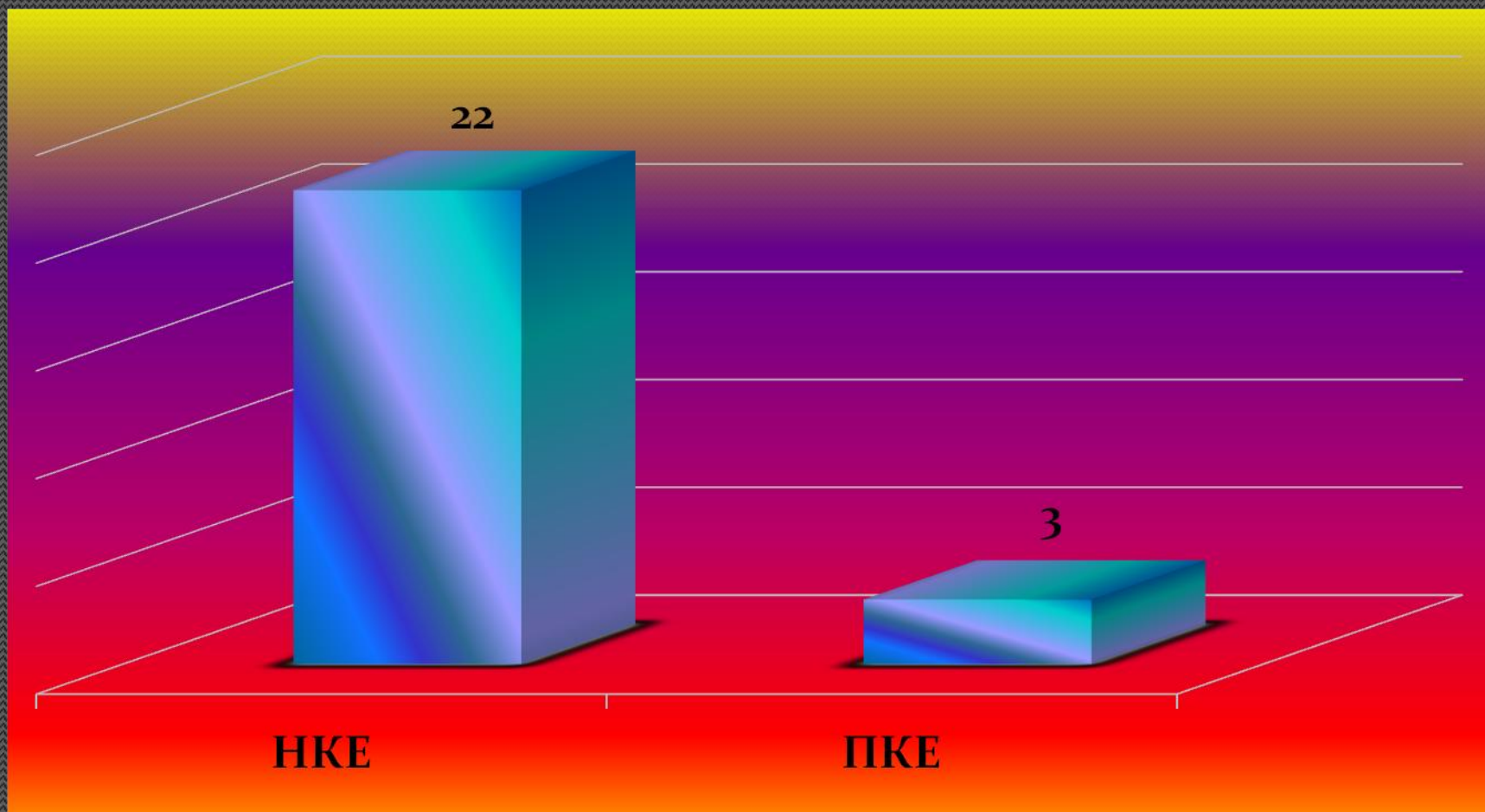
## Пол



На средна възраст 50 години за мъжете и 55 за жените с давност между 1 и 6 месеца от началото на инфекциозния процес.

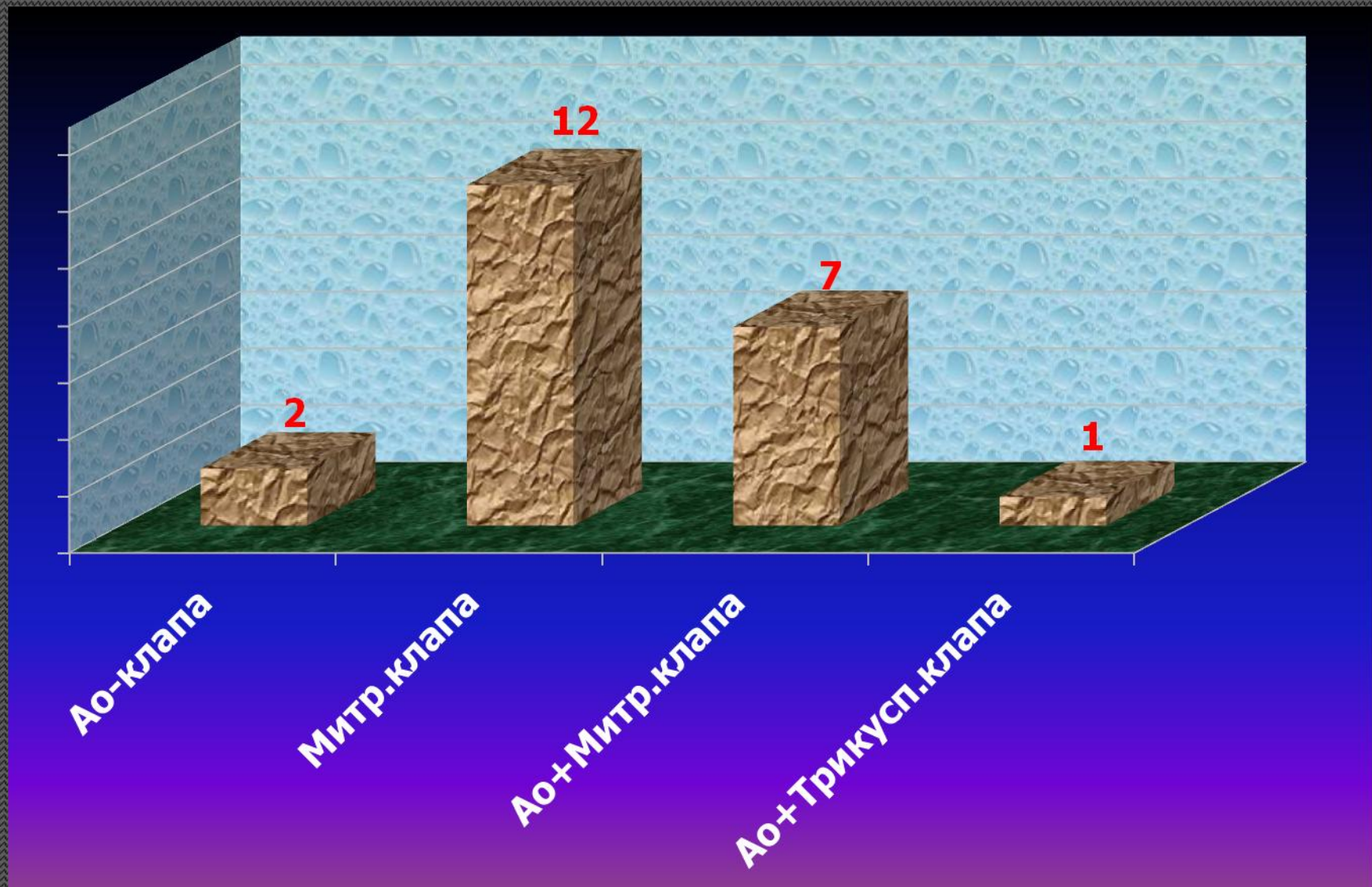


## ИЕ на нативната клапа vs. Протезен ендокардит

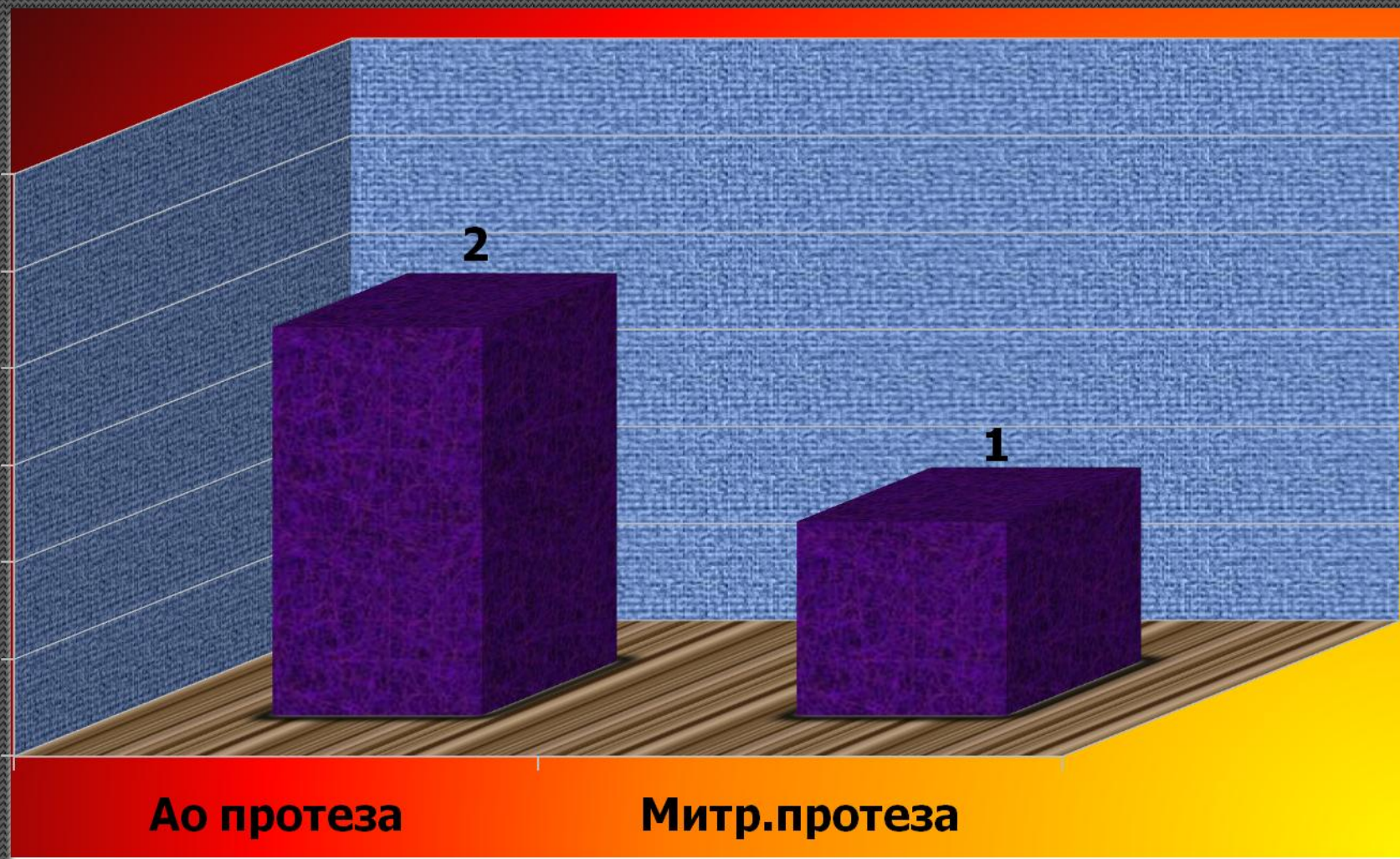




# Засягане на нативните клапи от ИЕ.

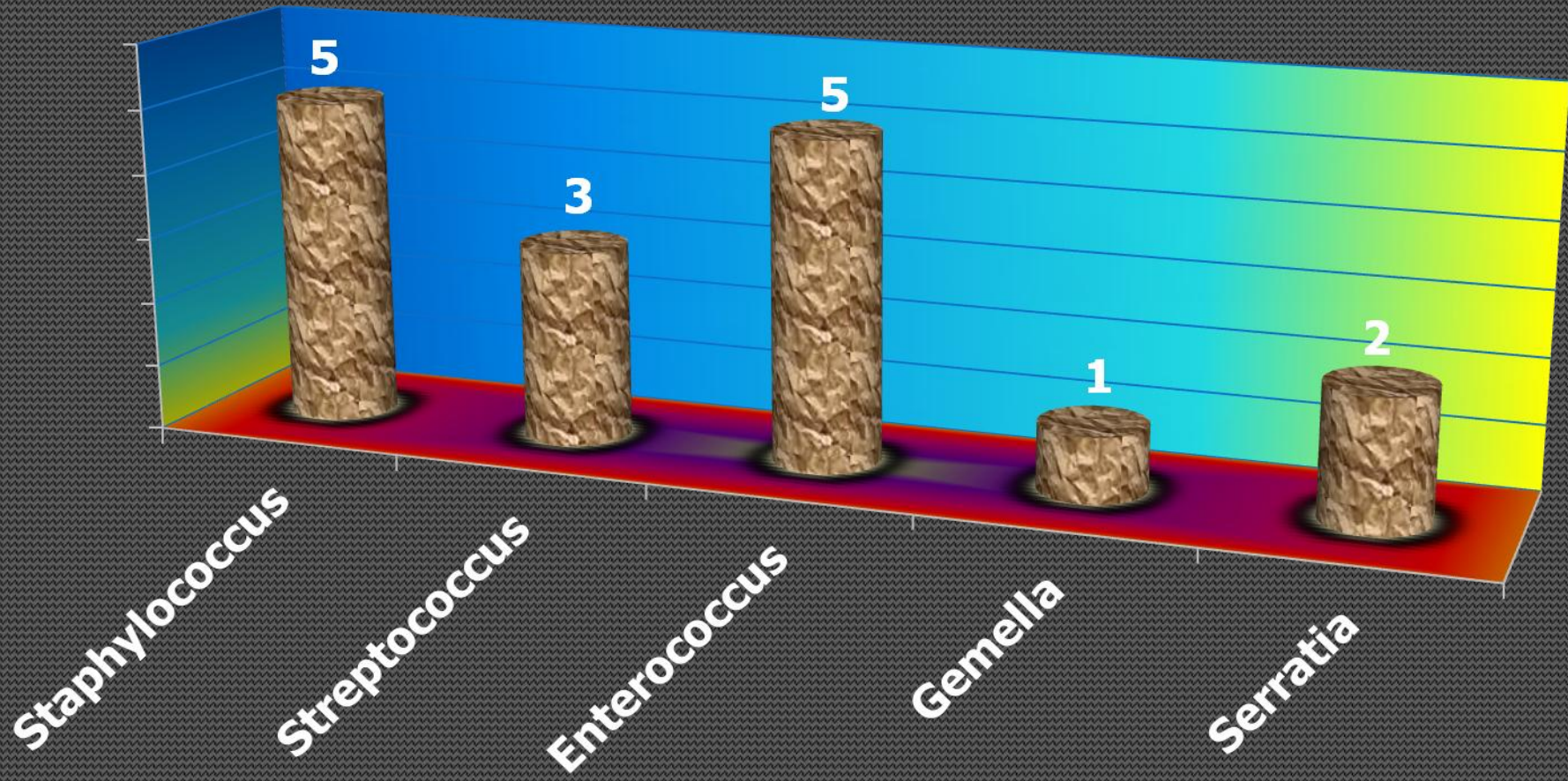


# Протезен ендокардит





При 16 от пациентите е изолиран причинител от взетите предоперативно хемокултури: при 14 се касае за Грам позитивен, а при 2-ма за Грам негативен.



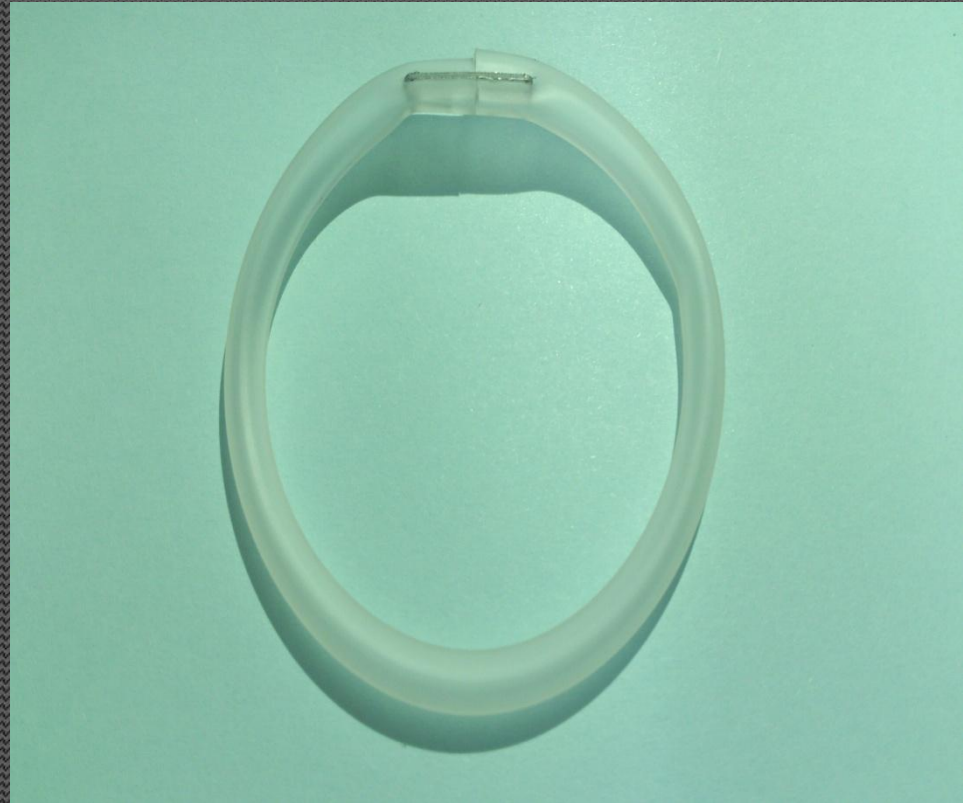


При всички пациенти операцията е извършена чрез стандартна срединна стернотомия в условията на ЕКК.

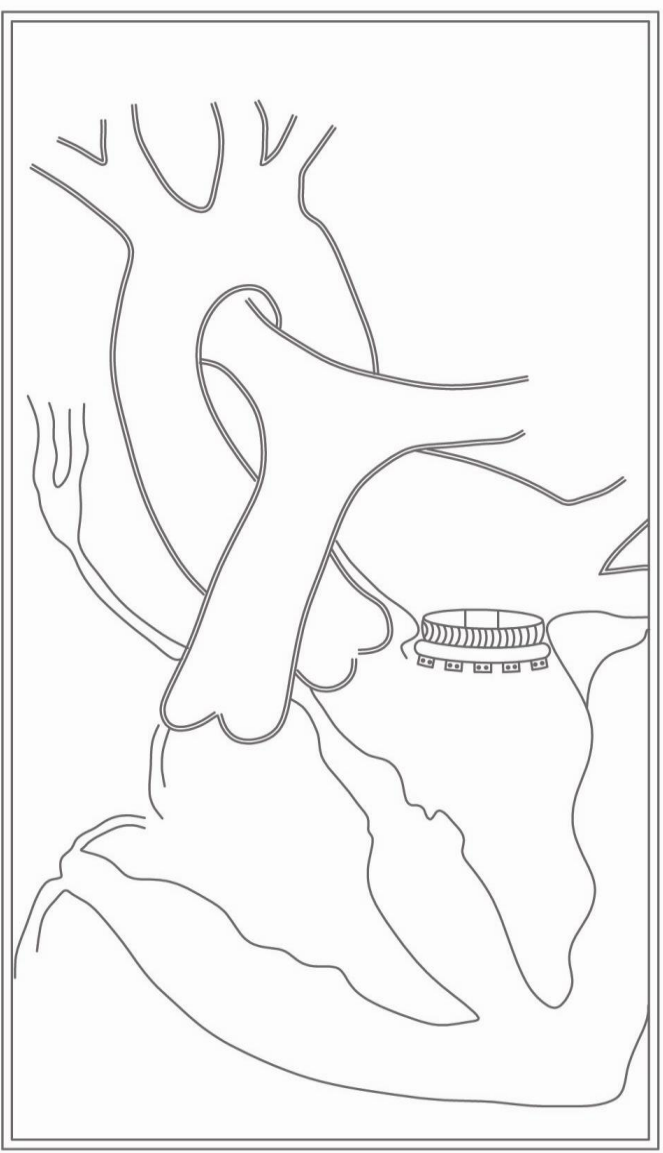
Интраоперативно при 17 пациента е установено наличието на вегетации по засегнатите клапи.



При 14 от всички оперирани е приложена техника с използването на силиконов аспирационен катетър за реинфорсиране на нативния пръстен.









# Резултати

Ранната следоперативна смъртност е 8% (2-ма пациента).

При 1 от пациентите е установена парапротезна инсуфициенция на втори следоперативен ден, наложило нейната корекция.



Всички изписани от клиниката пациенти подлежат на диспансерно наблюдение.

- На първия месец от дехоспитализацията на контролен преглед са се явили 20 пациента, при които е установено нормално функциониране на протезите без данни за парапротезна инсуфициенция.



- На шести следоперативен месец са проследени 9 пациента, които са без данни за парапротезна инсуфициенция.
- На първата година са проконтролирани 6 пациента, като всички са без парапротезна инсуфициенция.
- На втората година са прегледани 3 пациента - всички с нормално функциониращи протези.



# Заклучение

Приложената оперативна техника за реинфорсиране на нативния пръстен при протезирането на пациенти с инфекциозен ендокардит показва добри резултати в ранния и късен следоперативен период по отношение липсата на парапротезна инсуфициенция.



# Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis

The Task Force on the Prevention, Diagnosis, and Treatment of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC)

Recommendations: Indications for surgery	Timing*	Class <sup>a</sup>	Level <sup>b</sup>
<b>A - HEART FAILURE</b>			
Aortic or mitral IE with severe acute regurgitation or valve obstruction causing refractory pulmonary oedema or cardiogenic shock	Emergency	I	B
Aortic or mitral IE with fistula into a cardiac chamber or pericardium causing refractory pulmonary oedema or shock	Emergency	I	B
Aortic or mitral IE with severe acute regurgitation or valve obstruction and persisting heart failure or echocardiographic signs of poor haemodynamic tolerance (early mitral closure or pulmonary hypertension)	Urgent	I	B
Aortic or mitral IE with severe regurgitation and no HF	Elective	IIa	B
<b>B - UNCONTROLLED INFECTION</b>			
Locally uncontrolled infection (abscess, false aneurysm, fistula, enlarging vegetation)	Urgent	I	B
Persisting fever and positive blood cultures > 7–10 days	Urgent	I	B
Infection caused by fungi or multiresistant organisms	Urgent/elective	I	B
<b>C - PREVENTION OF EMBOLISM</b>			
Aortic or mitral IE with large vegetations (> 10 mm) following one or more embolic episodes despite appropriate antibiotic therapy	Urgent	I	B
Aortic or mitral IE with large vegetations (> 10 mm) and other predictors of complicated course (heart failure, persistent infection, abscess)	Urgent	I	C
Isolated very large vegetations (> 15 mm) <sup>#</sup>	Urgent	IIb	C



# Благодаря за вниманието

