

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ЧРЕСПИЩЕВОДНОЙ И ТРАНСТОРАКАЛЬНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ

Е.Д. Платонова, М.Д. Платонова, В.В. Мазур

ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет
Минздрава России

Актуальность. Инфекционный эндокардит (ИЭ) – это относительно редкое, но крайне тяжелое заболевание, в 15-30% случаев приводящее к летальному исходу. Одной из причин столь высокой летальности служит поздняя диагностика ИЭ, связанная, в частности, с запоздалым проведением чреспищеводногоэхокардиографического исследования (ЧПИ). Дело в том, что чувствительность трансторакальногоэхокардиографического исследования (ТТИ) в отношении признаков ИЭ значительно ниже чувствительности ЧПИ. Так, вегетации на интактных клапанах при ТТИ выявляются в 70% случаев, а при ЧПИ – в 96%. Вегетации на протезированных клапанах диагностируются соответственно в 50 и 92% случаев, абсцессы – в 50 и 90%. В связи с этим представляет интерес сравнение диагностических возможностей ЧПИ и ТТИ при ИЭ в реальной клинической практике.

Цель исследования: сопоставить чувствительность ЧПИ и ТТИ в отношении выявления основных диагностических признаков ИЭ, к числу которых, согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов 2015 года, относятся вегетации, абсцессы, псевдоаневризма, клапанная перфорация, внутрисердечная фистула и частичный отрыв протезированного клапана.

Материал и методы. В исследование включено 48 больным ИЭ, у которых диагноз был верифицирован при хирургическом вмешательстве (ХВ) или патологоанатомическом исследовании (ПАИ). Всем больным проводилось ТТИ и ЧПИ. Среди обследованных было 26 (54,2%) мужчин и 22 (45,8%) женщины. Возраст пациентов варьировал от 22 до 75 лет (медиана – 55 лет).

Для сравнения результатов ЧПИ и ТТИ использовался критерий Мак-Нимара.

Результаты и обсуждение. Как следует из данных, представленных в таблице 1, при ХВ или ПАИ у подавляющего большинства больных ИЭ были выявлены вегетации, более чем у трети – абсцессы. Значительно реже встречались клапанная перфорация и частичный отрыв протеза, еще реже – внутрисердечная фистула и псевдоаневризма.

Таблица 1. Частота выявления признаков ИЭ при ХВ или ПАИ, ЧПИ и ТТИ

Признак	ХВ / ПАИ	ЧПИ	ТТИ	p
Вегетации	45 (93,8)	42 (93,3)	26 (57,8)	<0,001
Абсцесс	19 (39,6)	17 (89,5)	2 (10,5)	<0,001
Клапанная перфорация	7 (14,6)	7 (100)	0 (0)	<0,05
Частичный отрыв протеза	5 (10,4)	5 (100)	4 (80,0)	>0,05

Внутрисердечная фистула	4 (8,3)	4 (100)	1 (25,0)	>0,05
Псевдоаневризма	2 (4,2)	1 (50,0)	1 (50,0)	>0,05

Примечание. Данные представлены в виде n (%). P– значимость различий между результатами ЧПИ и ТТИ.

При ЧПИ вегетации были выявлены в подавляющем большинстве случаев, при ТТИ – немногим более, чем в половине случаев. Следует отметить, что частота выявления вегетации при ЧПИ оказалась практически такой же, а при ТТИ – близкой к результатам зарубежных исследований. Как отмечалось выше, по данным литературы, частота выявления вегетаций на интактных клапанах при ЧПИ и ТПИ составляет соответственно 96 и 70%. Еще более выраженными оказались различия в частоте выявления абсцессов при ЧПИ и ТПИ. В первом случае абсцесс был выявлен у большинства больных с таким проявлением ИЭ, что полностью согласуется с данными литературы. Однако при ТТИ абсцесс был диагностирован лишь в 1 случае из 10, то есть в 9 раз реже, чем при ЧПИ. Более того, в настоящем исследовании частота выявления абсцесса при ТТИ оказалась в 5 раз ниже, чем в зарубежных исследованиях. Вероятно, это связано с более низким техническим уровнем используемой в отечественной клинической практике ультразвуковой аппаратуры, либо с более низкой квалификацией специалистов, проводящих ТТИ.

Клапанная перфорация при ЧПИ была выявлена во всех 7 случаях, а при ТТИ ни у одного из пациентов с этой патологией. Фистула выявлена у всех 4 пациентов с этим проявлением ИЭ при ЧПИ и лишь у 1 при ТТИ. Из 2 случаев псевдоаневризмы последняя была выявлена в 1 случае как при ЧПИ, так и при ТТИ. Отрыв протеза имел место у 5 пациентов. При ЧПИ он был диагностирован во всех случаях, при ТТИ – в 4 случаях.

В целом, при ЧПИ диагноз ИЭ был выставлен в 45 (93,8%) случаях, при ТТИ – в 30 (62,5%) случаях ($P < 0,001$). Таким образом, шансы выявления ИЭ при ЧПИ в 9,0 (2,44-33,2) раз выше, чем при ТТИ.

Заключение. Информативность ЧПИ при ИЭ существенно выше, чем ТТИ. Особенно это касается возможности выявления вегетаций и абсцессов. Полученные данные позволяют считать, что проведение ЧПИ показано всем больным с подозрением на ИЭ, у которых этот диагноз не был подтвержден при ТТИ.

Список литературы

1. Epidemiology, characteristics, and outcome of infective endocarditis in Italy: the Italian Study of Endocarditis / S.Leone[et al.] // Infection. – 2012. – V. 40. – P. 527-535.
2. Clinical presentation, etiology, and outcome of infective endocarditis in the 21st century: the International Collaboration on Endocarditis-Prospective Cohort Study / D.R.Mirdoch[et al.] // Arch Intern Med. – 2009. – V. 169. – 463-473.
3. Recommendations for the practice of echocardiography of infective endocarditis / G.Habib [et al.] // Eur J Echocardiogr. – 2010. – V. 11. –P. 202-219.

4. Cardiac imaging in infectious endocarditis / G.Habib [et al.] // Eur Heart J. – 2014. – V. 35. –P. 624-632.
5. Abscess in infective endocarditis: the value of transesophageal echocardiography and outcome: a 5-year study / E.E.Hill [et al.] // Am Heart J. – 2007. – V. 154. –P. 923-928.
6. Guidelines for management of infective endocarditis: the Task Force for the Management of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). Endorsed by: European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), the European Association of Nuclear Medicine (EANM)/ G.Habib [et al.] // Eur Heart J. – 2015. –V. 36. – P. 3075-3128.