

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО
ДИСЦИПЛИНЕ**

Наименование дисциплины	Внутренние болезни
Специальность	31.05.03 Стоматология
Форма обучения	очная
Год начала подготовки	2022

ТЕМА 4

Инфекционный эндокардит

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Внутренние болезни»:

Разработаны:

Доц. кафедры «Факультетская терапия», к.м.н.

О.В. Сергеева

Асс. кафедры «Факультетская терапия», к.м.н.

И.В. Барабаш

Асс. кафедры «Факультетская терапия», к.м.н.

Е.В. Симхес

Асс. кафедры «Факультетская терапия»

А.В. Русиди

Обсуждены

на заседании кафедры «Факультетская терапия»,
зав. кафедрой

М.Е. Евсевьева

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном процессе для обучающихся направлению подготовки (специальности) 31.05.03 Стоматология 2022 года набора очной формы обучения 20.04.2022

Руководитель ОПОП ВО, декан факультета

Ивенский В.Н.

Методические указания по дисциплине «Факультетская терапия» размещены в ЭИОС университета в авторской редакции

1. **Цель:** изучение этиологии, патогенеза, клиники, современных методов диагностики и лечения инфекционного эндокардита

2. **Учебные вопросы:**

3. Теоретическая часть

Инфекционный эндокардит (далее — ИЭ) — инфекционно-воспалительное заболевание эндокарда клапанных структур, пристеночного эндокарда и внутрисердечных искусственных устройств, обусловленное инвазией микроорганизмами (бактериями, грибами), с развитием полипозно-язвенного поражения структур сердца, протекающее с системным воспалением, прогрессирующей сердечной недостаточностью, тромбогеморрагическими и иммунокомплексными внесердечными проявлениями

Заболеваемость ИЭ варьирует от 46,3 до 150 человек на 1 млн жителей в год, увеличиваясь с возрастом (у лиц старше 50 лет — 150 случаев, а у лиц старше 80 лет — 220 случаев на 1 млн человек). По данным официальной статистики в России в 2010–2020 гг. в стационарах госпитальная летальность от ИЭ составила 23,11%. Соотношение мужчин и женщин составляет 2:1. Рост заболеваемости ИЭ связан с увеличением числа кардиохирургических вмешательств по поводу пороков сердца, установки ВСУ (ЭКС, ИКД), аортокоронарного шунтирования и чрескожных вмешательств и других инвазивных медицинских процедур (установка сосудистых катетеров или выполнение лечебных/диагностических манипуляций). В России сохраняется высокая доля ИЭ, связанного с внутривенным употреблением психоактивных веществ.

4. Практическая часть

Задание 1. Проведите опрос и осмотр пациента с инфекционным эндокардитом в клиническом отделении, по результатам чего оформите «Кураторский листок» (сформулируйте предварительный клинический диагноз; составьте план обследования и трактовки лабораторно-инструментальных методов обследования; составьте план лечения)

Задание 2. Выполните практико-ориентированное задание:

Задача №1

Пациент М., 24 л предъявляет жалобы на повышение Т до 40 °С с ознобом; одышку при небольшой физической нагрузке; боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой, умеренной интенсивности, длительные.

Из анамнеза: употребляет героин в течение 4 лет (инъекционно). За 2 нед до госпитализации отметил повышение Т до 40 °С. Принимал НПВС. Через 3 сут Т тела снизилась до 37,2–37,4 °С, самочувствие улучшилось, но через 10 дней лихорадка возобновилась, был госпитализирован.

При осмотре: кожа бледная, ИМТ - 18 кг/м². Т тела - 38,9 °С. Отёки голеней и стоп. Тоны сердца ясные, у основания мечевидного отростка систолический шум. АД - 110/60 мм рт. ст., ЧСС - 100 в мин. Печень + 2 см ниже края рёберной дуги.

ОАК: Нв - 120 г/л, L - 15,8×10⁹/л, п/я - 15%, СОЭ - 42 мм/ч

ЭхоКГ: размеры камер сердца не увеличены. Трикуспидальный клапан: створки уплотнены, утолщены, визуализируются средней эхоплотности структуры на средней и передней створках размерами 1,86 и 1,11×0,89 см (вегетации); трикуспидальная регургитация III–IV степени.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте наиболее вероятный клинический диагноз.

3. Обоснуйте диагноз.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Назначьте лечение

5. Вопросы для собеседования

1. Определение, этиология ИЭ
2. Патогенез, факторы риска развития ИЭ.
3. Клиническая картина ИЭ, особенности заболевания в зависимости от локализации процесса, возбудителя, пути проникновения инфекции.
4. Тактика консервативного лечения ИЭ, показания к хирургическому лечению
5. Антибиотикопрофилактика у пациентов с высоким риском развития заболевания: показания, схемы

6. Тестовые задания

1. Для инфекционного эндокардита характерны все перечисленные лабораторные сдвиги, кроме:
 - А. анемии;
 - Б. увеличения скорости оседания эритроцитов;
 - В. увеличения содержания печеночных ферментов;
 - Г. увеличения содержания С-реактивного белка
2. Патогномичным признаком инфекционного эндокардита является:
 - А. нарастание явлений сердечной недостаточности;
 - Б. значительное ускорение СОЭ;
 - В. появление вегетаций на клапанах при эхокардиографии;
 - Г. появление шумов в сердце
3. Для инфекционного эндокардита несправедливо утверждение:
 - А. фактором риска является экстракция зубов;
 - Б. у части больных отмечается протеинурия;
 - В. показателем эффективности лечения является нормализация СОЭ;
 - Г. одним из основных проявлений является сопутствующий перикардит
4. У «внутривенных» наркоманов при инфекционном эндокардите поражается чаще других:
 - А. митральный клапан;
 - Б. аортальный клапан;
 - В. трехстворчатый клапан;
 - Г. клапан легочной артерии
5. Развитие инфекционного эндокардита подострого течения вызывают все перечисленные возбудители, **КРОМЕ:**
 - А. зеленыящего стрептококка;
 - Б. золотистого стафилококка;
 - В. бактерий НАСЕК;
 - Г. грибов;
6. К малым критериям инфекционного эндокардита относятся все признаки, **КРОМЕ:**
 - А. в/в наркомания;
 - Б. гломерулонефрита;
 - В. абсцесса структур сердца;
 - Г. артериальных эмболий;

7. Факторами риска развития инфекционного эндокардита являются все ниже перечисленные, КРОМЕ:

- А. врожденных пороков сердца;
- Б. катетеризации вен;
- В. легочной гипертензии;
- Г. выскабливания полости матки;

8. В диагностике инфекционного эндокардита решающую роль играет:

- А. увеличение СОЭ;
- Б. аускультативная динамика шумов сердца;
- В. нарастание сердечной недостаточности;
- Г. вегетация на клапанах при ЭхоКГ-исследовании

9. Симптом Лукина-Либмана это:

- А. петехии с белым центром на глазном дне рядом с диском зрительного нерва;
- Б. петехии на конъюнктиве нижнего века;
- В. узелкообразные кожные высыпания;
- Г. эритематоидные безболезненные высыпания на ладонях и подошвах.

10. «Большими» диагностическими DUKE-критериями инфекционного эндокардита являются

- А. порок сердца и гломерулонефрит;
- Б. внутривенное употребление наркотиков и фебрильная лихорадка;
- В. вегетации/деструкции клапанов сердца и положительная гемокультура;
- Г. фебрильная лихорадка и порок сердца

11. Следующие утверждения справедливы в отношении инфекционного эндокардита, КРОМЕ:

- А. заболевают чаще мужчины;
- Б. могут быть безлихорадочные формы;
- В. полиартралгия может не наблюдаться;
- Г. лечение следует начинать с кортикостероидов в сочетании с умеренными дозами антибиотиков

12. Оптимальным методом лечения грибкового инфекционного эндокардита является:

- А. ампициллин с гентамицином;
- Б. цефтриаксон с гентамицином;
- В. амфотерицин В с флуконазолом;
- Г. левофлоксацин

13. Антибиотикопрофилактика инфекционного эндокардита перед вмешательствами высокого риска показана пациентам, КРОМЕ:

- А. с протезированными клапанами;
- Б. с уже имевшим место ИЭ;
- В. с ВПС синего типа;
- Г. с приобретенными пороками сердца;

14. В отношении лечения инфекционного эндокардита справедливо утверждение:

- А. кортикостероиды должны обязательно назначаться с первых дней лечения;
- Б. антибактериальная терапия должна проводиться парентерально;
- В. длительность антибактериальной терапии составляет 2 недели;
- Г. развитие миокардита является показанием к оперативному лечению

15. Для лечения инфекционного эндокардита, вызванного стрептококками, препаратами выбора являются:

- А. фторхинолоны и аминогликозиды;
- Б. пенициллины и аминогликозиды;
- В. макролиды и аминогликозиды;
- Г. макролиды и фторхинолоны

16. Показанием к раннему оперативному вмешательству при инфекционном эндокардите является:

- А. ишемическая болезнь сердца;
- Б. высокая лихорадка;
- В. осложнение эмболического характера;
- Г. ДВС-синдром

17. Дальнейшей тактикой лечения инфекционного эндокардита после нормализации температуры тела, но при нарастании явлений выраженной сердечной недостаточности является:

- А. смена антибиотика;
- Б. увеличение дозы диуретиков и добавление бета-блокаторов;
- В. процедура плазмафереза;
- Г. направление на хирургическое лечение

18. Антибиотикопрофилактика инфекционного эндокардита перед вмешательствами высокого риска показана пациентам с:

- А. протезированными клапанами;
- Б. пролапсом митрального клапана с регургитацией;
- В. гипертрофической кардиомиопатией;
- Г. приобретенными пороками сердца

19. Верное утверждение в отношении антибактериальной терапии инфекционного эндокардита:

- А. как правило, используется монотерапия антибиотиком;
- Б. показана еженедельная смена антибактериального препарата;
- В. терапия должна проводиться не менее 4-6 недель в зависимости от возбудителя;
- Г. оптимальным является пероральный путь введения антибиотиков

20. Осложнением инфекционного эндокардита является:

- А. синдром Дресслера;
- Б. легочная гипертензия;
- В. тромбоэмболический;
- Г. гипертрофия левого желудочка