



Уважаеми колеги,

Този брой на списание „Българска кардиология“ е посветен на възпалителните сърдечни заболявания. Инфекциозен ендокардит (ИЕ) на аортна клапа е описан за първи път през 1646 г. от Lazare Riviere, а Jean-Nicolas Corvisart въвежда термина „вегетация“ при описанието на ИЕ на митрална клапа през 1806 г. Първото съобщение за периферна емболизация в резултат на ИЕ е от Joseph Hodgson през 1815 г., а през 1878 г. Theodor Albrecht Klebs изтъква хипотезата, че случаите на ИЕ се дължат на инфекция с микроорганизми. През следващите години се натрупват повече познания за патогенезата на ИЕ: през 1909 г. William Osler посочва, че „склеротичните“ клапи са с повишен риск за развитие на ИЕ, през 1924 г. Emanuel Libman и Benjamin Sacks описват ИЕ с вегетации, от които не се изолират микроорганизми, при пациенти със системен lupus erythematosus, а първата публикация за успешно лечение на ИЕ с пеницилин е през 1944 г.

Независимо от факта, че първото описание на ИЕ е преди повече от 370 години, това заболяване продължава да бъде диагностично и терапевтично предизвикателство пред клиницистите. Неговата годишна честота в САЩ между 1970 и 2000 г. е оценена на 5-7 случая на 100 000 пациентогодини, но след 2000 г. се наблюдава нарастване на броя пациенти с ИЕ, достигаш 15 случая на 100 000 популация през 2011 г. Известни са основните рискови фактори за развитие на ИЕ: дегенеративна клапна болест, клапни протези, ревматично клапно заболяване (с намаляващо разпространение в развитите страни), венозни катетри, интравенозна употреба на наркотици, имunosупресия. Трябва да се отбележи обаче нарастващата честота на ИЕ върху имплантирани вътрекухинни сърдечни устройства (напр. електроди на кардиостимулатори или ресин-

хронизиращи системи), както и непроменящата се висока смъртност при ИЕ (20-30%).

От друга страна, за клинична диагноза на ИЕ се разчита на критериите на Duke, описани за първи път през 1994 г. и модифицирани през 2000 г. Независимо от широката им употреба, тези критерии имат ограничения, поради което значителна част от пациентите попадат в категорията „възможен“ ИЕ. Освен това, наличието на клапна протеза намалява сензитивността на Duke критериите, което вероятно е свързано с предизвикателството за ехокардиографско изобразяване на изкуствените клапи. Въпреки значителния напредък в технологиите през последните години с използване на компютърна томография (КТ) и позитрон-емисионна томография (PET), в редица случаи диагнозата на ИЕ се поставя късно поради неспецифичния клиничен ход на болестта с различни „маски“ на други заболявания: инфекциозни, онкологични, неврологични, хематологични, ревматологични. По литературни данни при около 25% от пациентите с ИЕ първата проява на заболяването са емболични инциденти, като почти половината от тях са в мозъчната циркулация.

Ето защо особен интерес представлява клиничният случай, описан от колектив от УМБАЛ „Св. Георги“ – Пловдив, на млада жена с остра неврологична симптоматика като първа изява на ИЕ на нативна митрална клапа при пролапс на двете платна. Авторите подчертават: 1) нетипичната клинична презентация на заболяването – исхемични мозъчни инсулти по типа на микроемболизация и субарахноидална хеморагия, 2) значението на новите образни модалности (КТ на главен мозък и КТ ангиография; ЯМР на главен мозък) в прецизната диагностика на неврологичните усложнения и 3) решението за оптималното време на оперативната интервенция, когато е показана. Изтъква се, че ЯМР на мозъка може да повиши чувствителността на критериите на Duke чрез добавяне на второстепенен критерий в случаи с високо клинично подозрение за ИЕ и липса на достатъчно диагностични критерии.

От същия авторски колектив е публикуван и друг интересен клиничен случай на пациент без анамнеза за съпътстващи или минали заболявания, постъпил по спешност по време на COVID-19 пандемията в септичен шок, с повишени тропонин I и D-димери. В ДД план са обсъдени: 1) COVID-19 асоциирана пневмония и остър миоперикардит; 2) остър белодробен емболизъм; 3) остър миокарден инфаркт; 4) остра аортна дисекация. Този случай показва: трудностите в диагностиката на острия ИЕ,

спецификите в клиничния ход на болестта и значението на повторните ехокардиографии за диагнозата при клинична суспекция, както и на решението за спешна хирургична интервенция (на 8-ия ден от хоспитализацията, при много висок оперативен риск) за подобряване на преживяемостта.

Много актуални са и резултатите от българско едноцентрово проучване на 270 пациенти с три различни форми на ИЕ: при 72-ма от тях, свързан със здравни грижи (НАИЕ), при 175 – придобит в обществото (САИЕ), и при 23 – свързан с интравенозна употреба на наркотици (ИДУИЕ). Анализирани са в сравнителен аспект техните демографски, клинични и лабораторни показатели, а също така усложненията и изхода от заболяването. Данните от тази авторска статия са особено ценни, тъй като се базират на изследване и проследяване на много голям брой (за нашата страна) пациенти през периода 2005–2021 г.

Важен акцент от резултатите на проучването касае профилактиката на ИЕ. Трябва да припомним, че настоящите препоръки на ESC-2015 г. задължават антибиотична профилактика да се провежда само при високорисковите групи (прекарвали ИЕ, с клапни протези, некоригирани цианотични пороци). Става ясно, че само 33.1% от пациентите в това най-голямо за страната проучване, са с висок риск и са индикирани за антибиотична профилактика. При останалите 2/3 такава не се налага, което ги поставя в много по-голям риск от развитие на заболяването. Това налага въпроса за актуализацията на препоръките за профилактика на ИЕ да се постави на национално ниво. Разумно е и пациентите с умерен риск да подлежат на задължителна профилактика. Силно обезпокояващ факт е, че нараства честотата на ИЕ на интактна клапа. Що се касае до въпроса при кои манипулации да се прави профилактика, данните от проучването показват много широк спектър интервенции – дентални процедури, ендоскопски изследвания, литотрипсия и др. Тука също се налага разширяване на списъка на процедурите, при които се налага антибиотична профилактика.

Друга важна тема е т.нар. „Long Covid“ синдром, от който са засегнати (по-най общи данни) поне 65 милиона индивиди в света. Пациентите с „Long Covid“ са на възраст най-често между 36 и 50 г., като част от тях са били с леко протичане на острата инфекция със SARS-CoV-2, но при други се е наложила хоспитализация и неинвазивна вентила-

ция. Предлагат се различни хипотези за патогенезата на този синдром: персистиращи „резервоари“ на SARS-CoV-2 в тъканите, имунна дисрегулация със или без реактивиране на подлежащи патогени (напр. Epstein-Barr вирус), влияние на SARS-CoV-2 върху микробиотата, ендотелна дисфункция с микроваскуларни тромбози, дисфункция на сигналните процеси в мозъчния ствол и/или п. vagus.

Мултисистемният възпалителен синдром при възрастни (MIS-A) е рядък постинфекциозен синдром, който се развива като усложнение (4-6 седмици) след инфекция с COVID-19 и може да има различни екстрапулмонални прояви: гастроинтестинални, сърдечно-съдови и неврологични. MIS-A все още не е достатъчно проучен и са необходими допълнителни клинично-научни доказателства, за да се определят причините, рисковите фактори и възможностите за терапевтично повлияване.

Авторски колектив от УМБАЛ „Св. Марина“ – Варна, публикува един много добър обзор на епидемиологията, патофизиологията, клиничната картина, клиничните и лабораторни критерии, както и подходите за лечение на MIS-A. Представен е и клиничен случай от практиката на пациент със застойна сърдечна недостатъчност с умерено редуцирана ФИ, перикарден излив, асцит и фебрилно-интоксикационен синдром след 2-седмично лечение в пулмологична клиника по повод COVID-19 асоциирана пневмония. Обсъжда се, че диагностичните критерии за MIS-A все още не са изцяло установени, но е представена временна дефиниция. Терапевтичният алгоритъм при MIS-A включва лечение на дисфункцията на засегнатите органи и възпалението. Подчертава се, че са необходими допълнителни проучвания, за да се установят най-добрите подходи за диагностика и терапия на MIS-A.

Надяваме се, че представените клинични случаи, обзор и авторска статия ще бъдат полезни за вашата клинична практика, ще обогатят познанията ви по дискутираните теми, а публикуването им и на английски език ще допринесе за популяризирането на българския опит и извън нашата страна.

Приятно четене !

Отговорни редактори на брой 2/2023:

*Проф. д-р Федя Николов
Проф. д-р Николай Рунев*