

ПРОБЛЕМА «ПОГРАНИЧНОГО» ЭНДОКАРДИТА И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ЕЕ РЕШЕНИЯ

Нехайчик Т.А., Пастухова Т.С.

Военно-медицинский факультет в УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Нынешняя пандемия COVID-19 является яркой демонстрацией уязвимости человека от агрессивных факторов внешней среды, в частности от биологической среды на уровне микроорганизмов и вирусов. Давняя дилемма об истинных хозяевах земли (люди или микроорганизмы) сегодня представляется особо актуальной.

Стрептококк является одним из древнейших микроорганизмов, и, по некоторым данным, оказал существенное влияние на эволюцию человека. Существование стрептококка и человека тесно взаимосвязано, т.к. человеческий организм является естественным резервуаром для его обитания (J. Rotta, 1987).

Формы стрептококковой инфекции крайне разнообразны. Однако наиболее значимыми являются тонзиллит / фарингит, вызванный бета-гемолитическим стрептококком группы А и его осложнение – ревматическая болезнь сердца (РБС), которая включает острую ревматическую лихорадку (ОРЛ) и хроническую ревматическую болезнь сердца (ХРБС). Сегодня казуистичной представляется смерть от ОРЛ, а общая эпидемиологическая тенденция свидетельствует о снижении доли ревматических пороков среди всех болезней кровообращения. Тем не менее, по данным ВОЗ за 2015 г. мировое бремя РБС составило 33 миллиона человек [1]. Постоянно сохраняется существенный разрыв между новыми случаями ОРЛ и выявляемыми случаями ХРБС, достигая соотношения 1:6 среди детского населения [2; 3].

После нескольких лет отсутствия ОРЛ в РБ, в 2019 -2020 гг вновь отмечено появление ярких клинических случаев этой инфекции, в т.ч. среди военнослужащих. Но в разряде особых проблем – частое выявление минимальных клапанных изменений в сочетании или без митральной регургитации при отсутствии ревматического анамнеза, что требует взвешенного решения врача по дальнейшей лечебной и экспертной тактике ведения такого пациента. В 2012 году под эгидой ВОЗ были предложены

морфологические и функциональные ЭхоКГ- критерии острого и хронического ревматического вальвулита. Также был введен термин «пограничный эндокардит» при котором может обсуждаться бициллинопрофилактика в течение года с последующим пересмотром диагноза [4; 5]. Однако оставалось неясным, используются ли эти критерии в стандартных ЭхоКГ протоколах у нас в стране.

Цель. Оценить возможности современных ЭхоКГ протоколов с позиций диагностики латентной (бессимптомной) РБС.

Материалы и методы. Материал для анализа (протоколы ЭхоКГ-исследований) были взяты из базы данных 432 ГВКМЦ. Критерии выборки – возраст пациентов менее 45 лет и наличие неопределенных изменений клапанно-хордального аппарата митрального (МК) и аортального (АоК) клапанов с регургитацией не более 2 степени. Клинические данные, анамнез уточнялись по данным архивных медкарт стационарных пациентов.

Результаты. Было проанализировано более 500 протоколов ЭхоКГ исследования. Данные 59 (11,8%) протоколов соответствовали критериям включения. Характеристики пациентов группы выборки представлены в табл. 1.

Табл. 1 Возрастные и гендерные характеристики группы выборки

Группа (n=59)	n (%)	годы, M±SD
Мужчины	n=48 (81, 4%)	39,89±4,8
Женщины	n=11 (18, 6%)	38±5,95

Морфологические изменения МК по данным протоколов были описаны у 42 пациентов. При этом в 90,5% (n=38) случаев эти изменения были неспецифичны. Наиболее часто использовались стандартные клише - «уплотнения кольца и створок», «уплотнение передней створки», «уплотнение кольца и передней створки» и др. В 7 (16%) случаях диагностирован пролапс створок МК без уточнения пролабирующего сегмента. Более специфичные признаки с позиций ревматического вальвулита (краевое уплотнение передней створки, утолщение створок и изменения хорд) были описаны в 3 случаях (5,1%), но безальтернативно трактовались как проявления миксоматоза. У 1 пациента был выявлен пролапс обеих створок МК 2 ст. и подозрение на отрыв хорды, которые, при исключении прочей неревматической патологии, могли рассматриваться как проявления острого ревматического вальвулита. Ситуация по стандартному описанию изменений АоК была аналогична описаниям МК. Вместе с тем, 4 пациента (6,8%) подходили формально под критерии ревмокардита ввиду выявления пролапса и ограничения смыкания створок АоК. Однако при

детальном анализе были выявлены определенные причины этих изменений врожденного характера.

При анализе функциональных изменений установлено, что максимальная скорость потока регургитации и ее длина, которые являются обязательными для оценки функциональной составляющей ревматического вальвулита по критериям АНА 2015 г., не входят в современные стандартные протоколы ЭхоКГ и не могли быть оценены. В 17 случаях (28,8%) на МК определена регургитация с патологическими характеристиками (высокоскоростная, двумя или несколькими потоками). Регургитация на АоК встречалась незначительно реже - n=14 (23,7%).

При анализе диагнозов пациентов группы выборки по данным медицинских карт установлено, что в 13 случаях (22%) из 59 был выставлен диагноз порока сердца – чаще идиопатический или без указания этиологии. Лишь в одном случае порок сердца был оценен как следствие РБС.

Выводы. У лиц в возрасте от 18 до 45 лет в 12% случаев могут быть выявлены изменения клапанно-хордального аппарата МК и АоК, которые требуют сопоставления с морфологическими и функциональными критериями ревматического вальвулита. Однако в современные ЭхоКГ-протоколы не включены измерения скорости и длины регургитационного потока как исчерпавшие свою актуальность, а описания изменений створок, клапанных колец не стандартизированы и носят формальный характер. В результате этиологическая неопределенность выявленных пороков достигает 20%. Решение проблемы видится в активном информировании широкого круга врачей о критериях пограничного ревмокардита и вариантах тактики ведения этих пациентов, а также в выработке консенсуса с специалистами функциональной диагностики по протоколу обследования до накопления данных, достаточных для оценки морфофункциональных изменений с современных эхокардиографических позиций. В спорных случаях, требующих более четкой постановки диагноза, на текущем этапе следует рассмотреть возможность применения МРТ сердца.

Литература

1. Всемирная организация здравоохранения. Исполнительный комитет. Сто сорок первая сессия. [Электронный ресурс] / Доклад Секретариата Ревматическая болезнь сердца, – 2017. – Режим доступа: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB141/B141_4-ru.pdf (дата обращения 15.04.2019)
2. Кузьмина, Н.Н. Острая ревматическая лихорадка в XXI веке – проблема, которую забывать нельзя / Н. Н. Кузьмина, Б. С. Белов, Л. Г. Медынцева // Передовая. – 2015. – С. 5-9.

3. Kumar, RK Rheumatic fever & rheumatic heart disease: the last 50 years/ RK Kumar, R. Tandon // Indian J Med Res. – 2013. – №137(4). – P. 643-658.
4. Reményi, B., Wilson, N., Steer, A. et al. World Heart Federation criteria for echocardiographic diagnosis of rheumatic heart disease — an evidence-based guideline. NatRev Cardiol 9, 297–309 (2012). <https://doi.org/10.1038/nrcardio.2012.7>
5. Revision of the Jone Criteria for the diagnosis of acute rheumatic fever in the era of Doppler echocardiography: a scientific statement from the American Heart Association / MH Gewitz, RS Baltimore, LY Tani et al. // Circulation. – 2015. – №131(20). P. 1806-1818.