

Т. С. Пастухова

**ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПОГРАНИЧНОГО РЕВМАТИЧЕСКОГО
ВАЛЬВУЛИТА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Т. А. Нехайчик

Кафедра военно-полевой терапии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

T. S. Pastukhova

POSSIBILITIES OF DIAGNOSING BORDERLINE RHEUMATIC VALVULITIS IN CLINICAL PRACTICE

Tutors: associate professor T. A. Nekhaichyk

Department of Military Field Therapy,

Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. В работе проведен анализ возможности диагностики ревматического вальвулита с позиций новых морфофункциональных критериев (АНА, 2015). Предложен алгоритм действий, который позволит усовершенствовать раннюю диагностику РБС.

Ключевые слова: ревматическая болезнь сердца, ревматический вальвулит, эхокардиография, морфофункциональные критерии диагностики.

Resume. The article analyzes the possibility of diagnosing rheumatic valvulitis from the standpoint of new morphofunctional criteria (АНА, 2015). An algorithm of actions that will improve the early diagnostics RHD is proposed.

Keywords: rheumatic heart disease, rheumatic valvulitis, echocardiography, morphofunctional criteria of diagnosing.

Актуальность. Ревматическая болезнь сердца (РБС) включает острые и хронические формы поражения клапанного аппарата сердца. По данным ВОЗ за 2015 г. мировое бремя РБС составило около 33 миллионов человек [3]. Фактом является существенное изменение клинической картины и эпидемиологии РБС за последние 25 – 30 лет. [5]. Причины полиморфизма и изменчивости РБС разнообразны и обусловлены как эволюционированием бета гемолитического стрептококка, так и изменением ответа на стрептококковую агрессию иммунной системы макроорганизма.

Вышеперечисленные факты обуславливают клиническую и эпидемиологическую составляющую проблемы поздней диагностики ревматического поражения сердца. Вторая сторона проблемы – отсутствие высокоспецифичных ЭхоКГ признаков ревматического кардита, особенно на начальных стадиях. Это объясняет постоянно сохраняющийся существенный разрыв между новыми случаями ОРЛ в год (471 000) и выявляемыми случаями ХРБС (15,6-19,6 млн.) [2]. Среди детского населения этот разрыв еще существеннее, достигая соотношения 1:6 [4].

В 2015 году Американской Ассоциацией сердца (АНА) под эгидой ВОЗ была предложена модификация диагностических критериев Киселя-Джонса в зависимости от эпидемиологической обстановки в той или иной стране, а также морфологические и функциональные ЭхоКГ критерии острого и хронического ревматического вальвулита. Кроме того, был введен термин «пограничный эндокардит», являющийся-

ся базисом клинических и ультразвуковых проявлений РБС наряду с афоничным и аускультативно проявляющимся вальвулитом. Указанные состояния представляют собой латентные формы РБС [5].

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

Материал и методы. По базе данных исследований 432 Главного военного клинического медицинского центра была проведена выборка ЭхоКГ протоколов лиц в возрасте до 45 лет с минимальными изменениями клапанно-хордального аппарата митрального (МК) и аортального (АоК) клапанов с регургитацией не более 2 степени. Клинические данные, анамнез уточнялись по данным архивных историй болезни.

Результаты и их обсуждение. Было проанализировано более 500 протоколов ЭхоКГ исследования. Данные 59 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, чаще 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: Стандартные протоколы ЭхоКГ исследования не нацелены на своевременную диагностику ревматического поражения. Требуется повышение специфичности описания минимальных клапанных изменений. Особое внимание следует уделять утолщению, пролабированию створок, в том числе концевых отделов. В оценку патологических регургитационных потоков целесообразно включать скорость и длину регургитационной струи.

В целях улучшения диагностики РБС нами был разработан алгоритм действий в соответствии с которым любые изменения створок, особенно у лиц до 45 лет, должны оцениваться с позиций морфофункциональных признаков ревматического вальвулита АоК, МК (АНА, 2015) (рисунок 1).

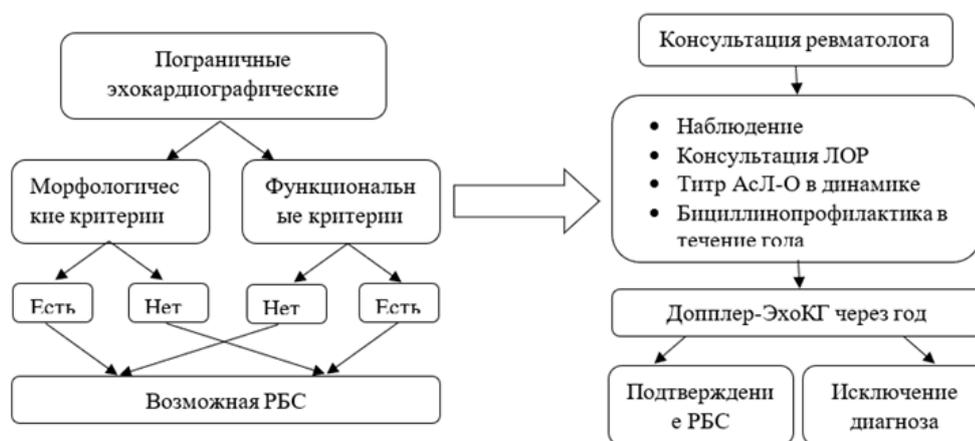


Рис. 1 – Алгоритм диагностики и тактики ведения пациентов с пограничным ревматическим вальвулитом

При выявлении только морфологических или только функциональных критериев, т. е. признаков пограничного вальвулита, пациент должен быть направлен к ревматологу с подозрением на возможную РБС, которая подразумевает бициллинопрофилактику в течение года с последующим подтверждением РБС или ее исключением. Таким образом, диагностика вальвулита до стадии формирования порока позволит проводить адекватную вторичную профилактику и предотвратить переход латентной РБС в симптомную форму.

Литература

1. Revision of the Jones 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.
2. 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.
3. 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)
4. Кузьмина, Н.Н. Острая ревматическая лихорадка в XXI веке – проблема, которую забывать

нелзя / Н. Н. Кузьмина, Б. С. Белов, Л. Г. Медынцева // Передовая. – 2015. – С. 5-9.

5. Кузьмина, Н.Н. Ревматическая лихорадка: полувековой опыт изучения проблемы. Размышления ревматолога / Н. Н. Кузьмина, Л. Г. Медынцева, Б. С. Белов // Передовая. – 2017. – С. 125-137.

Репозиторий БГМУ