

*Пастухова Т. С.*

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

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

*Кафедра военно-полевой терапии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ) относится к группе заболеваний, которые обусловлены воздействием бета гемолитического стрептококка группы А. Основным проявлением ОРЛ, которое определяет прогноз пациента, является кардит. Своевременная диагностика ревматического поражения клапанного аппарата сердца остается сложной и до конца не решенной клинической проблемой. В 2015г. Американская ассоциация сердца (АНА) предложила пересмотр диагностических критериев ОРЛ и конкретизировала эхокардиографические подходы к оценке пограничных клапанных изменений и субклинического вальвулита как проявлений бессимптомной (латентной) ревматической болезни сердца. Однако данных об эффективности использования этих рекомендаций пока нет.

**Цель:** оценить возможности эхокардиографии (ЭхоКГ) с позиций диагностики латентной ревматической болезни сердца.

**Материалы и методы.** Проведена выборка медицинских карт 59 пациентов по базе данных 432 ГВКМЦ. Критериями выборки были: возраст – от 18 до 45 лет, наличие протокола ЭхоКГ с морфологическими и доплерографическими изменениями митрального и/или аортального клапана, подозрительными на ревматический вальвулит в соответствии с морфологическими и доплерографическими критериями АНА, 2015.

**Результаты и их обсуждение.** Группу обследования составили 48 мужчин и 11 женщин. Средний возраст - 40,94±6,1 года. Во всех случаях на митральном клапане (МК) имела место регургитация: 1 степени – n = 46 (77,9%), 1-2 степени – n = 7 (11,9%), 2 степени – n = 5 (8,5%), 3 степени – n = 1 (1,7%). Высокая скорость регургитационного потока в описании отмечена в 7 (11,9%) случаях, однако количественная оценка в протоколах представлена не была. Также, ни в одном из протоколов не было указаний на длину струи регургитации. При этом морфологические изменения в виде уплотнения и фиброза створок были описаны у 41 пациента (69,5%). У 4 пациентов (6,8%) визуализирован пролапс 1 степени без уточнения пролабирующего сегмента, что также имеет значение в диагностике ревматического поражения, т.к. для острого ревматического вальвулита более характерно пролабирование края створки. Другие признаки хронического вальвулита выявлены не были.

Регургитация на аортальном клапане (АоК), чаще приклапанная или первой степени, встречалась значительно реже, чем на МК (n = 14; 23,7%). Регургитация 2 и 3 степени была выявлена у двух пациентов с бicuspidальным АоК. Пиковые значения скорости указаны не были. Морфологические изменения АоК чаще описывались как «уплотнение кольца и створок». Только у 10 пациентов (16,9%) имелись указания на локальное или краевое уплотнение, которое в большей степени может рассматриваться как следствие локального воспаления. В 9 случаях (15,3%) изменения створок отсутствовали.

**Выводы.** Таким образом, современные протоколы ЭхоКГ исследования не предусматривают всех морфологических и доплерографических характеристик, необходимых для верификации ревматического вальвулита. Так как на данный момент не накоплены данные, позволяющие определять ревматическую этиологию минимальных изменений по стандартным эхокардиографическим критериям пороков сердца, целесообразно выполнять дополнительные измерения в соответствии с рекомендациями АНА, 2015 при выявлении у лиц молодого возраста идиопатической регургитации на АоК и МК в сочетании или без морфологических изменений клапанов.