

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 DIAGNOSTICS OF BORDERLINE RHEUMATIC VALVULITIS IN CLINICAL PRACTICE

*Tutor: associate professor T. A. Nekhaichyk
Department of Military Field Therapy,
Belarusian State Medical University, Minsk*

Резюме. В работе представлен алгоритм диагностической и лечебной тактики при выявлении клапанных изменений и нарушений внутрисердечной гемодинамики при неполном соответствии морфофункциональным критериям ревматического вальвулита (АНА, 2015).

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

Resume. The article presents an algorithm for diagnostic and therapeutic tactics in identifying valve changes and disorders of intracardiac hemodynamics without full compliance with the morphofunctional criteria of rheumatic valvulitis (ANA, 2015).

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

Актуальность. Широкое внедрение в клиническую практику эхокардиографии (ЭхоКГ) позволило выявлять не только значимые пороки сердца, но и минимальные изменения клапанно-хордального аппарата. С позиций тактики ведения таких пациентов, решения экспертных вопросов важно определить имеют ли выявленные изменения воспалительное, в частности ревматическое, или невоспалительное происхождение. Современное течение ревматической болезни сердца (РБС) характеризуется стертой симптоматикой, а в анамнезе в большинстве случаев отсутствуют четкие указания на перенесенный стрептококковый тонзиллит или фарингит [1]. Это объясняет постоянно сохраняющийся существенный разрыв между новыми случаями острой ревматической лихорадки (ОРЛ) и выявляемыми случаями хронической РБС с существенным перевесом хронических форм [2].

В 2015 году Американской Ассоциацией сердца (АНА) были предложены морфологические и функциональные доплер-ЭхоКГ критерии острого и хронического ревматического вальвулита [3]. Кроме того, были введены термины «пограничный эндокардит» и «возможная РБС», которые включают случаи частичного соответствия морфофункциональным критериям ревматического вальвулита и требуют динамического ЭхоКГ контроля и проведения бициллинопрофилактики. Пограничный эндокардит является базисом пирамиды клинических и ультразвуковых проявлений РБС наряду с субклиническим (афоничным) и аускультативно проявляющимся вальвулитом. Указанные состояния представляют собой латентные (бессимптомные) формы РБС [1,3,4].

Цель: оценить возможности диагностики «пограничного» ревматического вальвулита по данным протоколов ЭхоКГ исследований.

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 1-2 степени.

Результаты и их обсуждение. Исходно было проанализировано более 500 протоколов. В 217 имелись указания на наличие регургитации с или без морфологических изменений клапанов. Из них данные 59 соответствовали критериям включения. Средний возраст пациентов в группе выборки составил $38,95 \pm 5,4$ года. С гендерных позиций преобладали мужчины – 81,4% (n=48).

Морфологические изменения МК были описаны у 42 пациентов, но в 90,5% (n=38) случаев терминология описаний была не специфична. В 7 (16%) случаях диагностирован пролапс створок МК, но без уточнения пролабирующего сегмента, что важно с позиций диагностики ревматического вальвулита. В 3 случаях (5,1%) были выявлены краевое уплотнение передней створки, утолщение створок и изменения хорд, которые трактовались как проявления миксоматоза. У 1 пациента был выявлен пролапс обеих створок МК 2 ст. и подозрение на отрыв хорды, которые потенциально 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 под критерии ревмокардита ввиду выявления пролапса и ограничения смыкания створок АоК. Однако при дальнейшем анализе были выявлены определенные причины этих изменений, чаще врожденного характера.

При оценке функциональных изменений установлено, что в возрастной категории до 25 лет изолированные функциональные изменения (регургитация) встречались в 5 раз чаще, чем после 25 лет. При попытке количественной оценки регургитации мы столкнулись с проблемой, обусловленной тем, что оценка максимальной скорости потока регургитации и ее длина, которые являются обязательными для оценки функциональной составляющей ревматического вальвулита по критериям АНА 2015 г., не входят в современные стандарты оценки регургитации. Вместе с тем 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%)).

В итоге, в 13 случаях из 59, что составило 22%, был установлен диагноз порока сердца. Однако связь поражения клапанов с ревматическим процессом была вынесена только у одного пациента. В остальных случаях в формулировках диагнозов этиология не указывалась или пороки трактовались как идиопатические.

Заключение. Стандартные протоколы ЭхоКГ исследования не нацелены на своевременную диагностику ревматического поражения. Требуется более широкое осведомление специалистов функциональной диагностики о морфофункциональных критериях ревматического вальвулита (АНА, 2015) для повышения специфичности описаний минимальных клапанных изменений. До накопления информации по оценке регургитационного потока при подозрении на РБС по современным критериям, в оценку регургитационных потоков у лиц молодого возраста 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.

Информация о внедрении результатов исследования. По результатам настоящего исследования опубликована 1 статья в сборник материалов, 1 тезис доклада, получен 1 акт внедрения в образовательный процесс (кафедра военно-полевой терапии военно-медицинского факультета УО «Белорусский государственный медицинский университет»), 1 акт внедрения в производство (центр функциональной диагностики 432 ГВКМЦ).

Литература

1. Белов, Б.С. Новые критерии диагностики острой ревматической лихорадки (предложения Американской Ассоциации Сердца по пересмотру критериев Джонса) / Белов Б. С, Бабаева А. Р. // Вестник Волгоградского ГМУ. – 2016. – №2. – С. 3-7.
2. Kumar, R. K. Rheumatic fever & rheumatic heart disease: the last 50 years / R. K. Kumar, R. Tandon // Indian J Med Res. – 2013. – №137. – P. 643-658.
3. 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 / M. H. Gewitz [et al.] // Circulation. – 2015. – №131. – P. 1806-1818.
4. Rheumatic Heart Disease Worldwide / Watkins D. A. [et al.] // Journal of the american college of cardiology. – 2018. – № 12. – P. 1397-1416.