
ЛЕКЦИЯ

УДК 616.72-002.77

НОВЫЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ (ПРЕДЛОЖЕНИЯ АМЕРИКАНСКОЙ АССОЦИАЦИИ СЕРДЦА ПО ПЕРЕСМОТРУ КРИТЕРИЕВ ДЖОНСА)

Б. С. Белов, А. Р. Бабаева

*ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В. А. Насоновой», г. Москва,
ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», г. Волгоград, РФ*

В статье представлен анализ диагностических критериев острой ревматической лихорадки (ОРЛ), предложенных Американской ассоциацией сердца. В основу новой редакции критериев Джонса был положен принцип дифференцированного подхода к применению диагностических признаков ОРЛ в зависимости от степени эпидемиологического риска развития этого заболевания. Кроме того, действующие критерии Джонса предложено дополнить доплерографическими доказательствами поражения эндокарда. Наличие вальвулита по данным доплер-эхокардиографии рассматривается как основной критерий ОРЛ. На основании критического анализа новой модификации критериев Джонса сделано заключение, что, несмотря на рациональность некоторых предложений по их пересмотру, применение критериев в данной редакции на территории РФ проблематично вследствие больших межрегиональных различий по частоте ОРЛ. В связи с этим требует дополнительного обсуждения целесообразность внесения корректив в существующую Российскую классификацию и номенклатуру ОРЛ.

Ключевые слова: острая ревматическая лихорадка, критерии диагноза, доплерография сердца.

NEW CRITERIA FOR RHEUMATIC FEVER DIAGNOSIS (REVISED STATEMENT OF THE JONES CRITERIA FROM THE AMERICAN HEART ASSOCIATION)

B. S. Belov, A. R. Babaeva

*FGBNU V. A Nasonov Research Institute of Rheumatology, Moscow,
Volgograd State Medical University, Volgograd*

The present article considered the modified Jones Criteria proposed by AHA. The main purpose of the revision was to increase the sensitivity of Jones Criteria by including Doppler echocardiography as a tool to diagnose cardiac involvement. Another reason to update them was current epidemiology of rheumatic fever, which should be taken into account while diagnosing RF. Advantages and disadvantages of the revised criteria were discussed. On the basis of the performed analysis one can conclude that the revised Jones criteria could not be applied in Russian clinical practice without any preliminary evaluation. Moreover, the revised Jones criteria should be thoroughly discussed by Russian national experts so as to produce consensus regarding the usefulness of these modifications and their inclusion in the national guidelines for diagnosing acute rheumatic fever.

Key words: rheumatic fever, diagnostic criteria, Doppler echocardiography.

В апреле 2015 г. в журнале «Circulation» была опубликована статья М. Н. Gewitz и соавт., в которой представлены предложения экспертов Американской ассоциации сердца (American Heart Association, АНА) по пересмотру критериев острой ревматической лихорадки (ОРЛ) [1]. В связи с чрезвычайной важностью унифицированного подхода к диагностике ревматических заболеваний, Ассоциация ревматологов России в рамках Научно-практической конференции ФГБНУ НИИР им. В. А. Насоновой провела круглый стол с участием ведущих экспертов-ревматологов России для детального анализа этой проблемы.

На обсуждение были вынесены предложения АНА по модификации критериев Джонса, которые были полностью отражены в обзорном докладе проф. Б. С. Белова и соавторов. В дискуссии приняли участие восемь экспертов из разных регионов РФ, изложивших свое отношение к необходимости пересмотра действующих критериев ОРЛ и собственные предложения по наиболее приемлемой модификации критериев Джонса.

Необходимость пересмотра критериев Джонса обусловлена различиями в клинических проявлениях ОРЛ в зависимости от популяционных особенностей

населения земного шара, а также растущей доступностью нестероидных противоревматических препаратов (НПВП), прием которых может оказывать влияние на симптоматику и течение ОРЛ. Еще одним аргументом в пользу ревизии данных критериев является роль доплер-эхокардиографии (Д-Эхо-КГ) в диагностике субклинического кардита при ОРЛ. При этом предлагается рассматривать доказанный с помощью Д-Эхо-КГ субклинический кардит (ревматический вальвулит) в качестве большого критерия ОРЛ.

Для оптимизации первичной диагностики ОРЛ предлагается использовать подход, предложенный в австралийских национальных рекомендациях, позволяющий оценить каждого представителя той или иной популяции с позиции риска развития ОРЛ.

К популяции низкого риска предлагается относить такую при регистрируемой заболеваемости ОРЛ < 2 на 100 000 детского населения (в возрасте 5—14 лет) либо при регистрируемой частоте хронической ревматической болезни сердца (ХРБС) в общей популяции менее 1 случая на 1000 населения.

Дети, не относящиеся к популяции низкого риска, должны быть отнесены к умеренному или высокому риску.

Как следует из представленных в табл. данных, для популяции низкого риска, в сущности, остаются прежние требования по основным клиническим проявлениям ОРЛ, за исключением того, что вводится критерий субклинического кардита, верифицированного с помощью Д-Эхо-КГ. Что касается популяции высокого/умеренного риска, то для этих пациентов предлагается использовать модифицированный вариант критериев, где моноартрит или полиартралгия, но не полиартрит (!) могут рассматриваться как большой критерий ОРЛ. Кроме того, для популяции высокого/умеренного риска предлагается рассматривать моноартралгию как малый критерий ОРЛ.

Однако подобный подход не может расцениваться как абсолютно корректный, так как включение стойкого моноартрита в основные критерии ОРЛ даже для определенного контингента (высокого и умеренного риска), неизбежно повлечет не только гипердиагностику ОРЛ, но и гиподиагностику инфекционного артрита. В последнем случае задержка с диагнозом и назначением адекватной терапии чревата развитием септического процесса с возможным летальным исходом (!). Что касается полиартралгии, фигурирующей в качестве большого критерия ОРЛ в популяции высокого и умеренного риска, то при таком подходе также очень высока вероятность гипердиагностики ОРЛ, поскольку у детей и подростков нередко имеют место боли в суставах невоспалительного генеза в сочетании с гипермобильным синдромом и пролапсом митрального клапана.

В настоящее время общепризнано, что основной критерий ревмокардита — это вальвулит, проявляющийся органическим сердечным шумом, возможно, в сочетании с миокардитом (?) и/или миоперикардитом (?). Как известно, ревматический эндокардит характеризуется преимущественным поражением митрального клапана. Реже развивается изолированное поражение аортального клапана. Ведущий симптом митрального вальвулита — длительный дующий связанный с I тоном систолический шум, занимающий большую часть систолы, оптимально прослушиваемый в области верхушки сердца, проводящийся в левую подмышечную область, имеющий переменную интенсивность, не изменяющийся при перемене положения тела и при дыхании, являющийся отражением митральной регургитации. Базальный протодиастолический шум начинается сразу после II тона, имеет высокочастотный дующий убывающий характер, оптимально выслушивается вдоль левого края грудины после глубокого выдоха при наклоне большого вперед и является отражением аортальной регургитации.

Пересмотренные критерии Джонаса для диагностики ревматической лихорадки (АНА, 2015)

А. Доказательства предшествующей БГСА — инфекции глотки для всех групп больных	
Первичная ОРЛ	2 больших критерия или 1 большой плюс 2 малых критерия
Повторная ОРЛ (при наличии в анамнезе верифицированной ОРЛ или имеющейся ХРБС)	2 больших критерия или 1 большой плюс 2 малых критерия или 3 малых критерия
В. Большие критерии	
Популяции низкого риска	Популяции умеренного или высокого риска
Кардит клинический и/или субклинический	
Артрит	
Полиартрит	Моноартрит или полиартрит Полиартралгия
Хорея	
Кольцевидная эритема	
Ревматические узелки	
С. Малые критерии	
Популяции низкого риска	Популяции умеренного или высокого риска
Полиартралгия	Моноартралгия
Лихорадка ($\geq 38,5$ °С)	Лихорадка (≥ 38 °С)
СОЭ ≥ 60 мм/ч и/или С-РБ $\geq 3,0$ мг/дл	СОЭ ≥ 30 мм/ч и/или С-РБ $\geq 3,0$ мг/дл
Удлинение интервала PR на ЭКГ с учетом возрастных изменений (если кардит является большим критерием)	

Большинство отечественных специалистов-ревматологов поддерживают точку зрения своих зарубежных коллег о том, что изолированный перикардит и миокардит редко, если вообще когда-либо, имеют ревматическую природу [2, 3]. Развитие миокардита и/или перикардита после перенесенной стрептококковой инфекции в отсутствие поражения эндокарда в настоящее время рассматривается как самостоятельная форма, обозначаемая термином «неревматический пост-стрептококковый миокардит» [4].

Особое внимание в последние годы уделяется диагностике т.н. субклинического кардита, при котором аускультативные симптомы клапанной дисфункции либо отсутствуют, либо не распознаются врачом, а доказательством поражения эндокарда служат признаки митрального или аортального вальвулита, выявляемые при Д-Эхо-КГ. Показано, что частота субклинического кардита может достигать 17 %. В связи с этим вполне обосновано утверждение о необходимости проведения Д-Эхо-КГ во всех случаях предполагаемой или подтвержденной ОРЛ. Более того, целесообразно выполнять серийные Д-Эхо-КГ-исследования у любого больного с диагностированной или предполагаемой ОРЛ даже при отсутствии подтвержденного кардита. Подчеркивается, что Д-Эхо-КГ-исследование следует выполнять корректно с детальным анализом структурных нарушений для подтверждения кардита даже в отсутствии аускультативных симптомов (в частности, в популяциях умеренного и высокого риска), а также в случаях «вероятного» диагноза ОРЛ. Во избежание гипердиагностики ОРЛ данные доплерографии сердца, не согласующиеся с кардитом, должны исключать этот диагноз у больных с сердечным шумом, у которых по другим признакам предполагается ревматический кардит.

Эксперты АНА приводят четкие морфологические признаки ревматического вальвулита (Эхо-КГ-критерии).

Острое поражение митрального клапана:

- дилатация кольца;
- удлинение хорд;
- разрыв хорды с развитием тяжелой митральной регургитации («болтающаяся» створка);
- краевое пролабирование передней (реже — задней) створки;
- неравномерные узелковые краевые образования на створке.

Изменения митрального клапана при ХРБС (не наблюдаются при остром кардите):

- утолщение створок;
- укорочение и сращение хорд;
- ограничение подвижности створок;
- кальцификация.

Изменения аортального клапана при остром кардите или ХРБС:

- неравномерное или очаговое утолщение створок;
- несмыкание створок;
- ограничение подвижности створок;
- пролапс створки.

В отдельных случаях, особенно в дебюте ОРЛ Эхо-КГ-морфология митрального или аортального клапанов может быть нормальной, в то время как при Д-ЭХО-КГ выявляют регургитацию. Указанные данные также могут встречаться при ХРБС.

Признаки ревматического вальвулита (Д-Эхо-КГ-критерии)

Патологическая митральная регургитация (обязательно наличие всех 4 критериев):

- визуализация, как минимум, в 2 проекциях;
- длина струи регургитации ≥ 2 см, как минимум, в 1 проекции;
- пиковая скорость регургитации > 3 м/с;
- пансистолическая струя регургитации, как минимум, в одном из циклов.

Патологическая аортальная регургитация (обязательно наличие всех 4 критериев):

- визуализация, как минимум, в 2 проекциях;
- длина струи регургитации ≥ 1 см, как минимум, в 1 проекции;
- пиковая скорость регургитации > 3 м/с;
- пандиастолическая струя регургитации, как минимум, в одном из циклов.

Безусловно, в распознавании ревмокардита огромную роль играет профессиональная подготовка и клинический опыт специалиста, который трудно заменить даже самыми современными методами визуализации. Вместе с тем возрастает потребность более широкого применения Д-Эхо-КГ для выявления поражения сердца. Однако при подобном подходе, особенно в случаях субклинического кардита как единственного большого критерия, безусловно, важны качественное выполнение Эхо-КГ и точная интерпретация данных опытным специалистом. В противном случае частота диагностических ошибок может существенно возрасти, тем более что четкое разграничение ОРЛ и ХРБС на основании только Эхо-КГ-критериев возможно далеко не всегда.

Другие большие критерии ОРЛ — хорея Сиденгама, кольцевидная эритема и ревматические узелки изменениям не подвергались. Следует отметить, что в рекомендациях представлены очень скудные данные по постстрептококковому реактивному артриту и отсутствует упоминание о специфическом синдроме, обозначаемом аббревиатурой PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorder associated with group A Streptococcal infection — педиатрическое аутоиммунное нейропсихиатрическое расстройство, ассоциированное с инфекцией, вызванной стрептококком группы А).

Из малых критериев ОРЛ основной упор сделан на лихорадку, которая согласно критериям 1992 г. должна превышать 39°C (при оральной термометрии). Вместе с тем отмечено, что при повышении температуры $\geq 38^\circ\text{C}$ чувствительность данного признака повышается до 75 %, а при пороговом значении $> 37,5^\circ\text{C}$ — до 90 %. Важно учитывать и влияние антипиретиков,

а также НПВП на выраженность лихорадки. Общепринятым остается мнение, что в популяциях низкого риска ОРЛ, как правило, характеризуется повышением оральной температуры $\geq 38,5$ °С. В большинстве случаев увеличение СОЭ ≥ 60 мм/ч считается типичным для ОРЛ. Однако некоторые эксперты рассматривают увеличение СОЭ ≥ 30 мм/ч в качестве малого критерия для популяций высокого и умеренного риска. По другим малым критериям ОРЛ (повышение СРБ, удлинение интервала PR) существенных различий между популяциями высокого и низкого риска не обнаружено.

Наряду с этим отмечается, что абдоминалгия, тахикардия, слабость, анемия, лейкоцитоз, носовые кровотечения, прекордиальная боль, наблюдаемые у пациентов с ОРЛ, не являются специфичными и не всегда полезны в диагностическом плане. Это в равной степени может быть отнесено и к лабораторным маркерам воспаления.

Обязательным условием постановки диагноза ОРЛ является подтвержденная связь клинической картины заболевания с перенесенной инфекцией глотки, вызванной бета-гемолитическим стрептококком группы А (БГСА).

Доказательства предшествующей БГСА-инфекции (АНА, 2015)

1. Повышенный или повышающийся титр АСЛ-О или других стрептококковых антител (анти-ДНК-аза В). Нарастание титров — более важное доказательство, чем разовое определение.

2. Позитивная БГСА-культура из зева.

3. Позитивный тест быстрого определения БГСА-антигена у пациента, у которого клиническая картина предполагает высокую дотестовую вероятность стрептококкового тонзиллита/фарингита.

Заслуживает одобрения тот факт, что в обсуждаемых рекомендациях приведены конкретные критерии для верификации диагноза повторной РЛ. При этом повторные атаки рассматриваются как новые эпизоды ОРЛ (но не рецидивы первого).

Повторные атаки ОРЛ (АНА, 2015)

• При достоверном наличии в анамнезе ОРЛ или диагностированной ХРБС, а также документированной БГСА-инфекции может быть достаточно двух больших или одного большого и двух малых или трех малых критериев.

• При наличии только малых критериев рекомендуется исключить наиболее вероятные причины клинических проявлений до того, как будет диагностирована повторная атака ОРЛ.

На совете экспертов при обсуждении данных критериев положительная оценка была дана и предложению, касающемуся диагноза «возможная ОРЛ». Существует настоятельная практическая потребность выделить группу пациентов, которые не соответствуют на момент обследования критериям ОРЛ, но у которых весьма вероятно развитие ХРБС в последующем. Для профилактики клапанных поражений для данной

категории больных предложена следующая программа мониторинга и лечения.

Тактика ведения пациентов с возможной ОРЛ (АНА, 2015)

1. В случаях истинной неопределенности целесообразно рассмотреть 12-месячную вторичную профилактику с последующим повторным обследованием, включая тщательный сбор анамнеза, физикальное исследование и повторную Эхо-КГ.

2. Если у больного с рецидивирующими симптомами (особенно с вовлечением суставов), который твердо придерживается рекомендаций по профилактике, отсутствуют серологические доказательства А-стрептококковой инфекции и Эхо-КГ-признаки вальвулита, целесообразно сделать вывод, что эти «рецидивирующие» симптомы, вероятно, не связаны с ОРЛ и антибиотикопрофилактика может быть прекращена.

Большое значение имеет проведение дифференциального диагноза ОРЛ, особенно при стертой клинической симптоматике заболевания. В этом случае опять-таки ведущую роль приобретает Эхо-КГ с правильной интерпретацией полученных данных. Поскольку митральная регургитация — весьма частый феномен, в целях дифференциальной диагностики необходимо принимать во внимание следующие факторы: уровень артериального давления, лихорадку, физиологические особенности, пролапс митрального клапана, миксоматоз створок митрального клапана, синдром Барлоу. В частности, для физиологической митральной регургитации характерны отсутствие голосистолического сигнала и пиковая скорость ниже 3,0 м/с. Кроме того, при ревматическом вальвулите наблюдается пролабирование краевой части передней створки митрального клапана, а не медиальной порции или всего тела створки.

Подводя итог всему вышеизложенному, следует отметить, что целый ряд положений, приведенных в новых рекомендациях, заслуживают одобрения. Прежде всего, это касается необходимости учета риска развития ОРЛ у каждого пациента с учетом его социальной и этнической принадлежности, а также эпидемиологической ситуации в регионе его проживания. Не менее важным моментом является потребность в верификации вальвулита как проявления субклинического кардита с помощью Д-Эхо-КГ, а также более внимательное отношение к анализу суставного синдрома при ОРЛ.

Вместе с тем определенные положения остаются дискуссионными. Не всегда возможно четкое разделение регионов на популяции высокого и низкого риска по заболеваемости ОРЛ. Возникают сомнения в отношении адекватности включения моноартрита и/или полиартралгии в основные критерии ОРЛ даже в популяции высокого риска. Существующие Эхо-КГ-критерии не всегда позволяют четко разграничить субклинический кардит и ХРБС. В связи с этим представляется целесообразным обсудить возможность балльной оценки каждого критерия с позиции его клинической значимости и возможности применения

для верификации диагноза ОРЛ. Такой подход, вероятно, позволит повысить чувствительность критериев ОРЛ без снижения их специфичности. Важно при этом не усложнить конструкцию самих диагностических критериев во избежание трудностей их применения в широкой клинической практике.

В заключение необходимо подчеркнуть следующее. Пересмотренные критерии Джонса имеют значение для регионов с высокой частотой ОРЛ. Вместе с тем их применение на территории РФ проблематично вследствие больших межрегиональных различий по частоте ОРЛ. В связи с этим целесообразность внесения корректив в существующую Российскую классификацию и номенклатуру ОРЛ заслуживает дополнительного обсуждения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Gewitz M. N., Baltimore R. S., Tani L. Y., et al. Revision of the Jones criteria for the diagnosis of acute rheumatic fever in the era of Doppler echocardiography // *Circulation*. — 2015. — № 131. — P. 1806—1818.
2. Насонова В. А., Кузьмина Н. Н., Белов Б. С. Классификация и номенклатура ревматической лихорадки // *Научно-практическая ревматология*. — 2004. — № 2. — P. 48—51.
3. Ревматология. Клинические рекомендации / Под ред. Е. Л. Насонова. — М.: ГЭОТАР Медиа, 2010. — С. 77—89.
4. Kumar R. K., Tandon R. Rheumatic fever and rheumatic heart disease. The last 50 years // *IJMR*. — 2013. — № 137 (4). — P. 643—658.

Контактная информация

Бабаева Аида Руфатовна — д. м. н., профессор, зав. кафедрой факультетской терапии, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: arbabaeva@list.ru