

© Петров В.С., 2015
УДК 616.12-002.77

РЕЗУЛЬТАТЫ 5-ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

В.С. Петров

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова, г. Рязань

В статье представлена пятилетняя динамика пациентов с ревматической болезнью сердца, изменения в эхокардиографических показателях, качестве жизни и течении хронической сердечной недостаточности (ХСН). Установлено, что при отрицательной динамике ЭХОКГ показателей не происходит прогрессирования ХСН и значимого ухудшения качества жизни больных. В случаях комбинации сахарного диабета II типа, фибрилляции предсердий, выраженного митрального стеноза и дилатации левого предсердия происходит повышение риска смерти больных с ревматической болезнью сердца.

Ключевые слова: ревматическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность, митральный стеноз.

Под хронической ревматической болезнью сердца (ХРБС) понимают заболевание, характеризующееся поражением сердечных клапанов в виде поствоспалительного краевого фиброза клапанных створок или порока сердца (недостаточность и/или стеноз), сформировавшегося после перенесенной острой ревматической лихорадки [5, 6]. Наличие клапанного порока, особенно стеноза, приводящего к перегрузке давлением, является показанием к оперативной коррекции порока [1, 10]. При этом терапевты проявляют недостаточную активность в направлении пациентов на оперативную коррекцию порока.

В рекомендациях по хронической сердечной недостаточности (ХСН) медикаментозная терапия пациентов с ХРБС не обсуждается [3]. Использование лекарственных препаратов для лечения ХСН у больных с сердечным пороком требует оценки типа порока: например, ограничение β -блокаторов при выраженных аортальных пороках, ингибиторов АПФ при аортальном стенозе [8, 12].

Вопросы же профилактики [7] или предикторов неблагоприятного прогноза

[4] при ревматических пороках сердца вообще не обсуждаются.

Целью работы была оценка динамики состояния пациентов с ХРБС на протяжении 5 лет, а также выявление факторов, влияющих на выживаемость пациентов.

Материалы и методы

Обследовано 123 человека с ХРБС, в том числе 16 умерших пациентов. Средний возраст пациентов $57,56 \pm 0,98$ года; 31 (25,2%) мужчина и 92 (74,8%) женщины.

Оценка функционального класса (ФК) ХСН проводилась с помощью теста 6 минутной ходьбы по стандартной методике. Эхокардиография (ЭХОКГ) выполнялась на аппарате «ACUSON Cypress» (Siemens Medical Solutions USA, inc., США) с оценкой линейных размеров сердца, градиентов давления на клапанах и патологических потоков в полостях сердца [11]. ЭКГ выполнялось на аппарате «CARDIOVIT AT-2» (Shiller, Швейцария). Для оценки качества жизни использовался опросник SF 36 [13] с обработкой баллов по 8 шкалам и двух суммарных измерений – физического и психического компонентов здоровья.

Результаты и их обсуждение

Среди причин обращения пациентов к врачу в большинстве случаев была клиника ХСН (одышка при физической нагрузке, слабость) – 38 человек (70,4%), реже нарушения ритма сердца в виде фибрилляции предсердий – 5 человек (9,26%), боли в области сердца – 4 человека (7,4%), повышение артериального давления – 3 (5,56%) и обмороки – 2 (3,4%) пациента.

Самыми частыми жалобами пациентов с ХРБС являются: одышка $71,3 \pm 5,2\%$, сердцебиение $60,2 \pm 5,6\%$, кардиалгия $57,4 \pm 5,7\%$, перебои в работе сердца $58,3 \pm 5,7\%$, головные боли $57,4 \pm 5,7\%$, головокружение $52,8 \pm 5,8\%$, загрудинная боль $15,7 \pm 4,2\%$.

По результатам ЭХОКГ наиболее частым вариантом порока была комбинация митрального и аортального стеноза в сочетании с недостаточностью митрального (МК), аортального (АК) и трикуспидального (ТК) клапанов – 36,8%, вторым по частоте был митральный стеноз с недостаточностью МК, АК и ТК – 27,6%, третьим по распространенности – недостаточность МК, АК (нередко в сочетании с недостаточностью ТК) – 21,1%, на четвертом месте оказался аортальный стеноз с недостаточностью АК и МК – 14,5%. В последних двух случаях диагноз ХРБС может быть дискуссионным.

В случаях аортального стеноза основанием для постановки диагноза ХРБС

может служить не только ревматический анамнез, но и развитие порока в молодом возрасте, не типичном для дегенеративного аортального стеноза. У двух из обследованных пациентов с аортальным стенозом в период предоперационного обследования был выявлен двустворчатый аортальный клапан. Однако, диагноз ХРБС был оставлен как сопутствующее заболевание так как имелся фиброз митрального кольца. Недостаточность клапанов может иметь дегенеративный характер или являться врожденной патологией. В этом случае приходится косвенно опираться на «ревматический» анамнез и позднее выявление порока, однако, это не является гарантией правильности диагноза ХРБС.

За 5 лет нами проведена оценка динамики показателей ЭХОКГ, теста 6 мин ходьбы и данных опросников качества жизни. По результатам ЭХОКГ (таб.1.) имело место только достоверное увеличение линейных размеров левого предсердия (ЛП) с $4,5 \pm 0,09$ см до $4,8 \pm 0,12$ см и уменьшение площади митрального отверстия (S Mo) с $2,26 \pm 0,04$ см² до $1,83 \pm 0,1$ см², а также нарастание степени регургитации на ТК с $1,67 \pm 0,08$ до $2,08 \pm 0,17$. Других достоверных изменений со стороны линейных размеров сердца (конечный диастолический размер (КДР) и конечный систолический размер (КСР)), степени регургитации на клапанах и градиентов давления получено не было.

Таблица 1

Динамика показателей ЭХОКГ за 5 лет наблюдения

Показатель ЭХОКГ	Ао	ЛП	КДР	КСР	S Mo
Исходный	$3,27 \pm 0,07$	$4,5 \pm 0,09$	$5,55 \pm 0,09$	$3,56 \pm 0,06$	$2,26 \pm 0,04$
Через 5 лет	$3,47 \pm 0,1$	$4,8 \pm 0,12^*$	$5,57 \pm 0,08$	$3,7 \pm 0,55$	$1,73 \pm 0,09^*$

Ао – аорта; ЛП – левое предсердие; КДР – конечный диастолический размер; КСР – конечный систолический размер; * – достоверные изменения в сравнении с исходными данными.

Пациенты по ФК ХСН распределились следующим образом (рис. 1): I ФК – 25,7%; II ФК – 45,7%; III ФК – 20,0%, IV ФК – 5,7% и динамики за 5 лет не наблюдалось. Сравнение результатов теста 6

мин ходьбы не выявило изменений в функциональном классе ХСН: $344,5 \pm 10,99$ метров в начале исследования и $355,87 \pm 16,96$ метра через 5 лет.

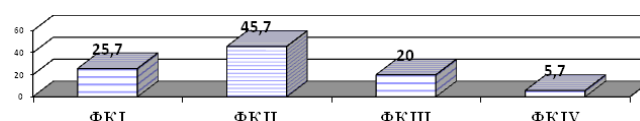


Рис. 1. Распространенность ФК ХСН у пациентов с ХРБС

По данным опросника SF 36 (рис. 2) не было достоверной разницы в физическом компоненте здоровья $31,59 \pm 1,02$ и $32,47 \pm 1,18$ (через 5 лет) и психическом компоненте здоровья $31,59 \pm 1,02$ и $35,85 \pm 1,04$.

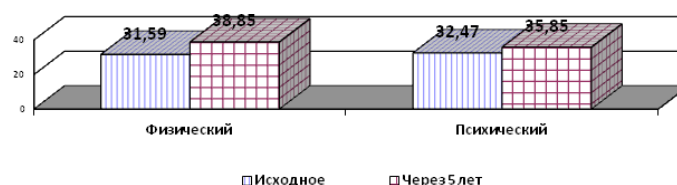


Рис. 2. SF 36: Психический и физический компоненты здоровья

Был проведен анализ состояния оперированных и неоперированных пациентов. Только 32 (29,9%) пациента были прооперированы: у 6 выполнена комиссуротомия, у 26 протезирование (в трех случаях – биопротезы), в т.ч. в 8 случаях в сочетании с пластикой ТК. В среднем, с момента операции до начала исследова-

ния прошло $7,5 \pm 1,4$ года. Возраст больных ($58,14 \pm 1,49$ – оперированные и $56,26 \pm 1,3$ – неоперированные), размеры полостей сердца (табл. 3), результаты теста 6 мин ходьбы ($359,92 \pm 14,3$ – оперированные и $355,5 \pm 18,25$ – неоперированные) достоверно не различались.

Таблица 3

Показатели ЭХОКГ у оперированных и неоперированных пациентов

Показатель ЭХОКГ	Ао	ЛП	КДР	КСР
Оперированные пациенты	$3,34 \pm 0,04$	$4,75 \pm 0,17$	$5,53 \pm 0,09$	$3,72 \pm 0,09$
Неоперированные пациенты	$3,54 \pm 0,09$	$5,05 \pm 0,12$	$5,6 \pm 0,1$	$3,6 \pm 0,65$

Ао – аорта; ЛП – левое предсердие; КДР – конечный диастолический размер; КСР – конечный систолический размер.

Суммарные показатели опросника SF36 хотя и нарастали, но недостоверно: физический компонент здоровья – $35,99 \pm 1,63$ (оперированные) и $33,06 \pm 0,92$; психический компонент здоровья – $40,27 \pm 2,03$ (оперированные) и $36,46 \pm 1,05$. Вероятно, отсутствие значимых изменений между этими группами больных связано с более тяжелым изначальным состоянием

пациентов, направляемых на операцию.

Частота назначения лекарственных препаратов по поводу ХСН была следующая (рис. 3): иАПФ – 73,3%, βАБ – 60,0%, сердечные гликозиды (дигоксин) – 62,7%, спиронолактон – 73,3%, петлевые диуретики (фуросемид) – 32%, аспирин – 63%, амиодарон – 7,4%, верапамил – 4,6%. Из βАБ чаще использовался мето-

пролола тартрат – 66,7%, а не рекомендуемый сукцинат, реже бисопролол – 16,7%, карведилол – 5,6% и небиволол 5,6%. Из иАПФ чаще использовался эналаприл – 52,2% и периндоприл – 23,9%, реже лизиноприл – 17,4% и фозиноприл – 4,3%. Несмотря на высокую частоту фибрилля-

ции предсердий и наличие инсультов у ряда больных варфарин назначался только больным с протезированными клапанами. Из неоперированных пациентов с ФП для профилактики острого нарушения мозгового кровообращения получал варфарин только один пациент.

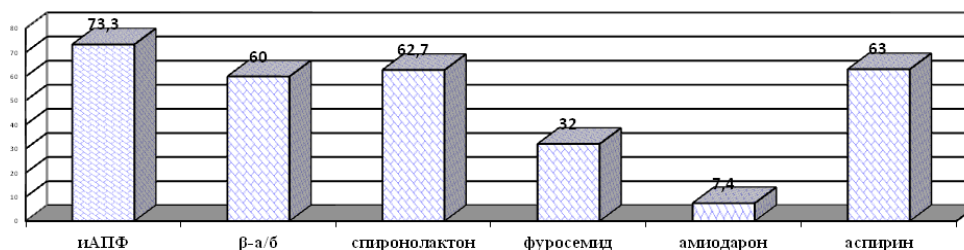


Рис. 3. Медикаментозная терапия ХРБС в стационаре

При анализе 16 пациентов, умерших за 5 лет в отделении ревматологии получены следующие данные: средний возраст умерших составил $60,6 \pm 2,1$ года; у 12 пациентов (75,0%) в качестве причины смерти установлена декомпенсация ХСН на фоне митрального или аортального

стеноза. Среди часто встречающихся сопутствующих заболеваний следует отметить перманентную фибрилляцию предсердий – 75% и сахарный диабет – 50%.

У умерших пациентов данные ЭХОКГ (табл. 4) достоверно отличались от показателей во всей группе.

Таблица 4

Показатели ЭХОКГ у умерших и живых пациентов

Показатель ЭХОКГ	Ао	ЛП	КДР	КСР	S Мо	Градиент давления ЛЖ-Ао
Умершие	$3,55 \pm 0,2$	$5,24 \pm 0,18$	$5,7 \pm 0,38$	$4,2 \pm 0,4$	$1,19 \pm 0,16$	$64,6 \pm 8,76$
Живые	$3,47 \pm 0,1$	$4,8 \pm 0,12^*$	$5,57 \pm 0,08$	$3,7 \pm 0,55$	$1,73 \pm 0,09^*$	$55,08 \pm 6,37$

Ао – аорта; ЛП – левое предсердие; КДР – конечный диастолический размер; КСР – конечный систолический размер; * – достоверные изменения в сравнении с исходными данными.

Можно отнести к факторам неблагоприятного прогноза для пациентов с ХРБС наличие перманентной фибрилляции предсердий и сахарного диабета II типа; увеличение полости левого предсердия более 5,2 см и выраженный митральный стеноз (S-Мо менее $1,19 \text{ см}^2$).

Выводы

1. У пациентов с хронической ревматической болезнью сердца за 5 летний период наблюдения не происходит про-

грессирования хронической сердечной недостаточности и значимого ухудшения качества жизни, несмотря на отрицательную динамику ЭХОКГ показателей.

2. Комбинация фибрилляции предсердий, сахарного диабета II типа, выраженного митрального стеноза и дилатации левого предсердия повышает риск смерти у пациентов с хронической ревматической болезнью сердца.

Литература

1. Болезни сердца и сосудов: руководство Европейского общества кардиологов: пер. с англ. / под ред. А. Джона Кэмма, Томаса Ф. Люшера, Патрика В. Серруиса; под ред. Е.В. Шляхто. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1480 с.
2. Маколкин В.И. Приобретенные пороки сердца / В.И. Маколкин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 192 с.
3. Национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности (четвертый пересмотр) / В.Ю. Мареев [и др.] // Журн. Сердечная недостаточность. – 2013. – Т. 14, № 7. – С. 379-472.
4. Селезнев С.В. Прединдикторы неблагоприятного прогноза при хронической сердечной недостаточности ишемического генеза / С.В. Селезнев // Рос. медико-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. – 2010. – № 2. – С. 85-92.
5. Ревматология: нац. рук-во / Е.Л. Насонов [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 714 с.
6. Руководство по неишемической кардиологии / Д.В. Абельдяев [и др.]; под ред. Н.А. Шюстак. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 448 с.
7. Якушин С.С. Основные направления первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний / С.С. Якушин, Е.В. Филиппов // Наука молодых – Erudition juvenium. – 2014. – № 4. – С. 55-68.
8. A prospective survey of patients with valvular heart disease in Europe: the Euro Heart Survey on valvular heart disease / B. Iung [et al.] // Eur. Heart J. – 2003. – Vol. 24. – P. 1231-1243.
9. Burden of valvular heart diseases: a population-based study / V.T. Nkomo [et al.] // Lancet. – 2006. – Vol. 368. – P. 1005-1011.
10. Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012) / A. Vahanian [et al.] // Eur. Heart J. – 2012. – Vol. 33. – P. 2451-2496.
11. Prevalence of rheumatic heart disease detected by echocardiographic screening / E. Marijon [et al.] // N. Engl. J. Med. – 2007. – Vol. 357. – P. 470-476.
12. Roth B.L. Drugs and valvular heart disease / B.L. Roth // N. Engl. J. Med. – 2007. – Vol. 356. – P. 6-9.
13. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide / J.E. Ware [et al.]. – Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated, 2000. – 150 p.

RESULTS OF 5-YEAR OBSERVATION FOR PATIENTS WITH HEART DISEASE

V.S. Petrov

The article presents the five-year dynamics of patients with rheumatic heart disease, changes in echocardiographic indicators, quality of life and the course of chronic heart failure. It was found that the negative dynamics of the echocardiography indicators does not lead to progression of heart failure and a significant deterioration in the quality of life of patients. Cases of a combination of type II diabetes, atrial fibrillation, severe mitral stenosis, left atrial dilation lead to an increased risk of death in patients with rheumatic heart disease.

Keywords: rheumatic heart disease, chronic heart failure, mitral stenosis.

Петров В.С. – к.м.н., доц. кафедры госпитальной терапии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России.

E-mail: dr.vspetrov@gmail.com