

© Петров В.С., 2013
УДК 616.12-008

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ РЕВМАТИЧЕСКИХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

В.С. Петров

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

В статье прослежены пятилетняя динамика пациентов с ревматической болезнью сердца, изменения в качестве жизни, эхокардиографических показателях и течение хронической сердечной недостаточности. Показано, что при отрицательной динамике ЭХОКГ показателей не происходит прогрессирования ХСН и значимого ухудшения качества жизни больных. Комбинация фибрилляции предсердий, сахарного диабета II типа, выраженного митрального стеноза и дилатации левого предсердия повышает риск смерти больных с ревматической болезнью сердца.

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

Проблема хронической ревматической болезни сердца (ХРБС) в настоящее время мало обсуждается. Связано это в первую очередь с невысокой заболеваемостью в последние годы: частота впервые выявленной ХРБС в 2005г. составляла 9,7 на 100 000; распространённость ХРБС среди взрослого населения – 226 на 100 000 человек [2, 4].

Исторически сложилось, что нередко лечением ХРБС занимаются ревматологи, хотя приобретенные пороки сердца являются кардиологической проблемой. По современным представлениям наличие клапанного порока, особенно стеноза, приводящего к перегрузке давлением, является показанием к оперативной коррекции порока [1, 8] и медикаментозная терапия пациентов с ХРБС в рекомендациях по хронической сердечной недостаточности (ХСН) не обсуждается [5]. Использование рекомендованных для ХСН препаратов у больных с сердечным пороком требует оценки типа порока: например, ограничение β -блокаторов при выраженных аортальных пороках, ингибиторов АПФ при аортальном стенозе [11]. Другими актуальными проблемами при данной патологии является: гипердиагно-

стика ХРБС при аортальном стенозе; отсутствие профилактики инфекционного эндокардита антибиотиками и острого нарушения мозгового кровообращения варфарином при фибрилляции предсердий; влияние выраженности клапанного порока на выживаемость пациентов [6, 7]. Зачастую терапевты проявляют недостаточную активность в направлении пациентов на оперативную коррекцию порока.

Целью работы была оценка 5 – летней динамики состояния пациентов с ХРБС, 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.

Помимо стандартных клинических и лабораторных методов исследования больным выполнялась эхокардиография (ЭХОКГ) 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 [9]. ЭКГ выполнялось на аппарате «CARDIOVIT AT-2» (Shiller, Швейцария). Оценка функцио-

нального класса (ФК) ХСН проводилась с помощью теста 6 минутной ходьбы по стандартной методике. Для оценки качества жизни использовался Миннесотский опросник [10] и опросник SF 36 [12] с обработкой баллов по 8 шкалам и двух суммарных измерений – физического и психического компонента здоровья.

Результаты и их обсуждение

При изучении анамнеза установлено, что порок сердца в детском и подростковом возрасте выявлен только у 43 пациентов (40,2%). Из них клиника острой ревматической лихорадки (ОРЛ) имела место только у 35 пациентов. У 8 больных четких данных за ОРЛ не было, а отмечался шум в сердце, позволивший выявить порок сердца. У 10 человек порок сердца выявлен в возрасте 19-26 лет: у 7 человек была клиника ОРЛ, у 3-х пациенток выявлен шум в сердце во время беременности. У 54 человек (50,45%) в анамнезе не удалось выявить клинику ОРЛ, диагноз ХРБС был установлен в среднем в возрасте $47,26 \pm 1,5$ года. Причиной обращения этих 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. И только у двух пациентов систолический шум был выявлен во время диспансерных осмотров.

Наиболее 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 $15,7 \pm 4,2\%$.

Среди сопутствующих заболеваний следует отметить следующие: острое нарушение мозгового кровообращения встречалось с частотой 4,7% (5 человек); диагноз стенокардия напряжения выставлялся 11 пациентам (10,28%), из них у 3 человек имел место инфаркт миокарда (2,8%); частота сахарного диабета соста-

вила 6,5% (7 человек); инфекционного эндокардита – 1,9% (2 человека). Диагноз гемодинамическая стенокардия выставлялся у 11 человек (13,1%). Фибрилляция предсердий (ФП) выявлена у 45 пациентов: 33 – перманентная (34,58%) и 12 – пароксизмальная (11,21%) форма.

По данным 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 дискутабельным.

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. В случаях аортального стеноза основанием для постановки диагноза ХРБС может служить не только ревматический анамнез, но и ранее развитие порока в сравнении с пациентами с дегенеративным аортальным стенозом (как наиболее частой причиной 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.

Нами проведена оценка динамики показателей ЭХОКГ, теста 6 мин ходьбы и данных опросников качества жизни за 5 лет. По результатам ЭХОКГ (табл. 1.) имело место только достоверное увеличение линейных размеров левого предсердия с $4,5 \pm 0,09$ см до $4,8 \pm 0,12$ см и уменьшение площади митрального отверстия с $2,26 \pm 0,04$ см² до $1,83 \pm 0,1$ см², а также на-

растание степени регургитации на трикуспидальном клапане с $1,67 \pm 0,08$ до $2,08 \pm 0,17$. Других достоверных изменений со стороны линейных размеров сердца, степени регургитации на клапанах и градиентов давления получено не было.

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

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 $38,85 \pm 1,67$ до $35,85 \pm 1,04$. А вот по результатам Минне-

сотского опросника достоверно нарастало количество баллов в течение 5 лет с $43,17 \pm 2,8$ до $50,28 \pm 1,96$.

Для оценки влияния ФП на течение ХСН и качество жизни пациенты с ХРБС были так же разделены на две группы в зависимости от наличия или отсутствия в анамнезе фибрилляции предсердий (перманентной и пароксизмальной). Пациенты с ФП достоверно относились к более старшей возрастной группе $60,67 \pm 1,3$, чем пациенты без ФП – $53,87 \pm 1,67$ года. Пациенты с ФП по данным ЭХОКГ (табл. 2) имели достоверно большие размеры левого предсердия $5,26 \pm 0,1$ против $4,3 \pm 0,1$ в группе с синусовым ритмом, большую степень регургитации на митральном $2,22 \pm 0,09$ и трикуспидальном $2,67 \pm 0,1$ клапанах, а также более выраженную степень уменьшения площади митрального отверстия $1,7 \pm 0,08$ против $2,23 \pm 0,1$.

Таблица 1

Показатель ЭХОКГ	Ао	ЛП	КДР	КСП	S Мо	Регургитация на МК	Регургитация на АК	Регургитация на ТК
Исходный	$3,27 \pm 0,07$	$4,5 \pm 0,09$	$5,55 \pm 0,09$	$3,56 \pm 0,06$	$2,26 \pm 0,04$	$2,0 \pm 0,09$	$2,0 \pm 0,6$	$1,67 \pm 0,08$
Через 5 лет	$3,47 \pm 0,1$	$4,8 \pm 0,12^*$	$5,57 \pm 0,08$	$3,7 \pm 0,55$	$1,73 \pm 0,09^*$	$1,96 \pm 0,11$	$2,11 \pm 0,15$	$2,08 \pm 0,17^*$

* – достоверные изменения в сравнении с исходными данными

Рисунок 1

Распространенность ФК ХСН у пациентов с ХРБС

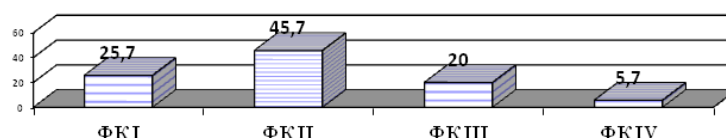


Рисунок 2

SF 36: Психический и физический компонент здоровья

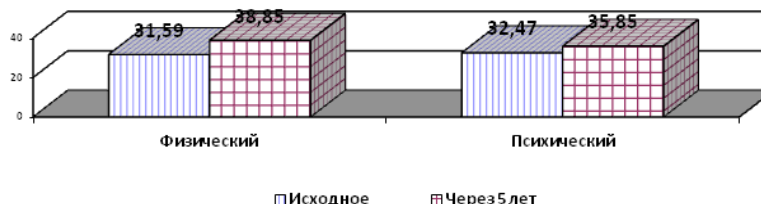


Таблица 2

Показатель ЭХОКГ	Ао	ЛП	КДР	КСР	S Мо	Регургитация на МК	Регургитация на АК	Регургитация на ТК
с ФП	3,42±0,06	5,26±0,1	5,52±0,11	3,69±0,1	1,7±0,08	2,22±0,08	2,01±0,11	2,67±0,1
без ФП	3,43±0,07	4,3±0,09*	5,6±0,09	3,7±0,07	2,23±0,1*	1,86±0,09*	1,95±0,11	1,48±0,09*

* – достоверные изменения в сравнении с исходными данными

У пациентов с ФП отмечается достоверно более низкая переносимость физической нагрузки по данным теста 6 мин ходьбы: 333,65±16,4 метра и 385,53±15,0 метра (у больных синусовым ритмом). По данным суммарных измерений опросника SF36 для больных с ФП характерен достоверно более низкий физический компонент здоровья: 32,38±0,89 у пациентов с ФП и 35,76±1,2 у пациентов с синусовым ритмом, а также недостоверное снижение психического компонента здоровья: 36,79±1,4 и 38,85±1,35. Достоверной разницы в нарастании баллов по Миннесотскому опроснику получено не было 48,48±1,97 (при ФП) и 44,29±3,3.

В дальнейшем 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 трикуспидального клапана. В среднем, с момента операции до начала исследования прошло 7,5±1,4 года. Возраст больных (58,14±1,49 – оперированные и 56,26±1,3 – неоперированные), размеры полостей сердца (табл. 3), результаты теста 6 мин ходьбы (359,92±14,3 – оперированные и 355,5±18,25 – неоперированные) достоверно не различались.

Таблица 3

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

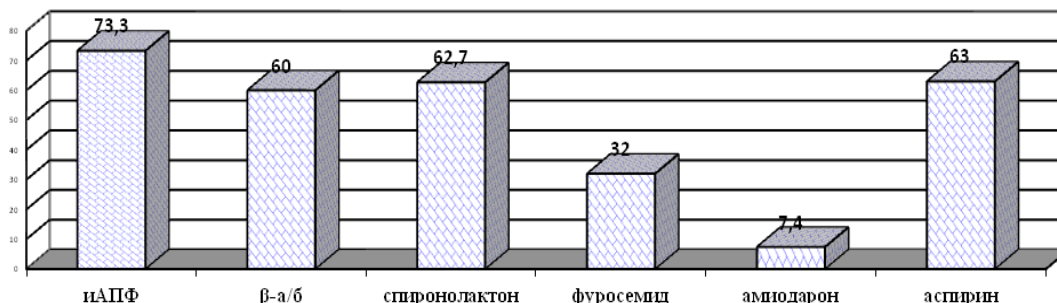
Суммарные показатели опросника SF36 хотя и нарастали, но недостоверно: физический компонент здоровья – 35,99±1,63 (оперированные) и 33,06±0,92; психический компонент здоровья – 40,27±2,03 (оперированные) и 36,46±1,05. Вероятно, отсутствие значимых изменений между этими группами больных связано с более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

Низкая оперативная активность в отношении пациентов с ХРБС может быть связана с не направлением пациентов на консультацию к хирургу и на проведение оперативного лечения; отказ пациентов от операции до наступления декомпенсации ХСН (страх перед операцией, недостаточная разъяснительная работа со стороны врача); материальные проблемы – отсутствие бюджетных средств на оперативное лечение и отсутствие личных средств у пациента.

При оценке терапии выявлена следующая частота назначения лекарственных препаратов (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%. Среди βАБ чаще использовался метопролола тартрат – 66,7%, а не рекомендуемый сукцинат, реже бисопролол – 16,7%, карведилол – 5,6% и небиволол 5,6%. Среди иАПФ чаще использовался эналаприл – 52,2% и периндоприл – 23,9%, реже лизиноприл – 17,4% и фозиноприл – 4,3%. Несмотря на высокую частоту фибрилляции предсердий и наличие инсультов у ряда больных варфарин назначался только больным с протезированными клапанами. Из неоперированных пациентов с ФП для профилактики ОНМК получал варфарин только один пациент.

Рисунок 3

Медикаментозная терапия ХРБС в стационаре



Отдельно нами проанализировано 16 пациентов, умерших за 5 лет в отделении ревматологии. 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%.

Данные ЭХОКГ (таб.4) умерших пациентов достоверно отличались от показателей во всей группе: левое предсердие $5,24 \pm 0,18$ см (против $4,8 \pm 0,12$ см у живых); конечный диастолический размер $5,7 \pm 0,38$ см конечный систолический размер $4,2 \pm 0,4$ см; ТМЖП (утолщена) $1,45 \pm 0,08$ см; ТЗСЛЖ $1,42 \pm 0,07$ см; S-Мо $1,19 \pm 0,16$ см² (против $1,73 \pm 0,09$ см² у живых).

Таблица 4

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	$3,47 \pm 0,1$	$4,8 \pm 0,12^*$	$5,57 \pm 0,08$	$3,7 \pm 0,55$	$1,73 \pm 0,09^*$	$55,08 \pm 6,37$

* – достоверные изменения в сравнении с исходными данными

Можно предположить, что к факторам неблагоприятного прогноза для пациентов с ХРБС можно отнести: наличие перманентной фибрилляции предсердий и сахарный диабет II типа; увеличение полости левого предсердия более 5,2 см и выраженный митральный стеноз (S-Мо менее $1,19$ см²).

Выводы

1. У пациентов с хронической ревматической болезнью сердца за 5 летний период наблюдения несмотря на динамику эхокардиографических показателей не происходит прогрессирования хронической сердечной недостаточности и значимого ухудшения качества жизни.

сти и значимого ухудшения качества жизни.

2. Наличие фибрилляции предсердий у пациентов с хронической ревматической болезнью сердца уменьшает переносимость физических нагрузок и качество жизни (физический компонент здоровья) по данным опросника SF 36.
3. Комбинация фибрилляции предсердий, сахарного диабета II типа, выраженного митрального стеноза, 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. Ревматология: Национальное руководство / Е.Л. Насонов [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 746 с.
3. Руководство по неишемической кардиологии / Д.В. Абельдяев [и др.]; под ред. Н.А. Шостак. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 448 с.
4. Маколкин В.И. Приобретенные пороки сердца / В.И. Маколкин.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 192 с.
5. Национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности (третий пересмотр) / В.Ю. Мареев [и др.] // Журн. Сердечная недостаточность. – 2010. – Т. 11, № 1. – С. 1-62.
6. 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.
7. Burden of valvular heart diseases: a population-based study / V.T. Nkomo [et al.] // Lancet. – 2006. – Vol. 368. – P. 1005-1011.
8. Guidelines on the management of valvular heart disease. The Task Force on the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology / A. Vahanian [et al.] // Eur. Heart J. – 2007. – Vol. 28. – P. 230-268.
9. Prevalence of rheumatic heart disease detected by echocardiographic screening / E. Marijon [et al.] // N. Engl. J. Med. – 2007. – Vol. 357. – P. 470-476.
10. Rector T.S. Patients self-assessment of their congestive heart failure. Part 2: Content, reliability and validity of a new measure, the Minnesota living with heart failure questionnaire / T.S. Rector, S.H. Kubo, J.N. Cohn // Heart Failure. – 1987. – Vol. 10. – P. 198-209.
11. Roth B.L. Drugs and valvular heart disease / B.L. Roth // N. Engl. J. Med. – 2007. – Vol. 356. – P. 6-9.
12. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide / J.E. Ware [et al.]. – Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated, 2000. – 150 p.

SOME ASPECTS OF RHEUMATIC HEART DISEASE PROBLEM

V.S. Petrov

The fifth years condition of patient with rheumatic heart disease, change in quality of life, echocardiographic data and chronic heart failure progress present in article. The patients had not change in chronic heart failure condition and quality of life but had negative echocardiographic dynamic. Combination of atrial fibrillation, diabetes mellitus, severe mitral stenosis and left atrial dilatation increase risk of death patients with rheumatic heart disease.

Key words: *rheumatic heart disease, chronic heart failure, mitral stenosis.*

Петров В.С. – канд. мед. наук, ассистент кафедры госпитальной терапии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России.

E-mail: rzgmu@rzgmu.ru.