



С.Ю. Кулявець¹, Е.П. Каменська²,
Л.О. Мартим'янова¹, М.І. Яблчанський¹

Хронічна ревматична хвороба серця і тактика її лікування

¹Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна
²ДЛПЗ «Центральна клінічна лікарня Укрзалізниці», м. Харків

На прикладі клінічного спостереження пацієнтки з важкими гемодинамічними порушеннями на тлі хронічної ревматичної хвороби серця розглянуто діагностику, встановлення клінічного діагнозу, тактику лікування та показання до хірургічного втручання. Наголошено на важливості амбулаторного спостереження за розвитком клапанної вади та проведення його своєчасної оперативної корекції в тактиці лікування хронічної ревматичної хвороби серця.

Ключові слова: хронічна ревматична хвороба серця, набуті вади серця.

Хронічна ревматична хвороба серця (ХРХС) — захворювання, яке характеризується ураженням серцевих клапанів у вигляді постзапального крайового фіброзу стулок або вади (недостатність та/або стеноз), що сформувалися після перенесеної гострої ревматичної лихоманки (ГРЛ) [2].

Проблема ревматичних вад залишається актуальною в усьому світі, незважаючи на тенденції до зниження захворюваності на ГРЛ в останні 40 років [9]. Понад 15 млн людей у світі страждають на ХРХС, щороку реєструється близько 282 тис. нових випадків захворювання, а 233 тис. людей щорічно помирають від цієї хвороби та її ускладнень [5].

В Україні щороку реєструють близько 6 тис. осіб з ревматизмом, 1/3 яких — пацієнти молодого та працездатного віку. Відзначається зниження абсолютних і відносних показників захворюваності й поширеності ГРЛ та ХРХС за останні роки. Проте динаміка зниження цих показників при ГРЛ у 5 разів більша, ніж при ХРХС, що в цілому свідчить про підвищення захворюваності на ХРХС [1].

Рівень смертності від ХРХС варіює від 0,5 на 100 тис. населення в Данії до 8,2 на 100 тис. населення в Китаї, за оцінками експертів у 2000 р. у світі від ХРХС загинуло близько 320 тис. людей [10].

Згідно з клінічними протоколами Асоціації кардіологів України, на першому місці в лікувальній програмі ХРХС стоїть оперативне лікування вади серця [3]. Своєчасна, за показаннями, хірургічна корекція вади може зменшити до мінімуму або зовсім ліквідувати гемодинамічні порушення [4]. Водночас невиконання корекції вади призводить до погіршення стану пацієнта та прогресування ХСН, що веде до незворотних змін у будові серця та подальшої появи протипоказань до виконання операції або неможливості досягнення бажаного позитивного ефекту від неї [8].

Тому лікарям загальної практики, терапевтам і лікарям-кардіологам, до яких надходять такі пацієнти, необхідно пам'ятати, що за наявності показань головне завдання лікування — це оперативна корекція вади. У випадках неможливості або відстрочення хірургічного лікування такі хворі підлягають амбулаторному обстеженню та лікуванню.

Пропонуємо до уваги клінічне спостереження пацієнтки з важкими гемодинамічними порушеннями на тлі ХРХС, визначення тактики лікування та показань до хірургічного втручання.

Клінічне спостереження

Пацієнтка 1976 р. н., скаржиться на: задишку при незначному фізичному навантаженні, напади задухи в горизонтальному положенні (іноді), у зв'язку з цим — порушення сну, періодичний кашель з відходженням жовтуватого мокротиння, відчуття серцебиття, перебоїв в роботі серця, набряки нижніх кінцівок та живота, що посилюються ввечері, свербіння нижніх кінцівок, відчуття

Стаття надійшла до редакції 5 липня 2013 р.

Кулявець Сергій Юрійович, лікар-інтерн
61072, м. Харків, вул. 23 Серпня, 4, кв. 14
E-mail: s.kulyavets@yandex.ua

«викручування» в гомілковостопних суглобах, загальну слабкість та швидку втомлюваність.

Анамнез захворювання. 1982 р. — перенесла ГРЛ, мала хорея. 1991 р. — ревматичний ендокардит, поєднана мітрально-аортальна набута вада серця, гостра лівошлуночкова недостатність, коматозний стан (1 міс).

У 2010 р. з'явилися скарги на набряки нижніх кінцівок, що виникають увечері, приймала фуросемід (за необхідністю), відмічала покращення стану.

У березні 2012 р. — скарги на відчуття серцебиття, задишку, набряки нижніх кінцівок. Госпіталізація до МКЛ, діагноз: фібриляція передсердь, тахісistolічна форма. Після лікування виписана з покращенням, ритм відновлено.

У травні та липні 2012 р. була двічі госпіталізована до МКЛ зі скаргами на набряки нижніх кінцівок, задишку, відчуття серцебиття. Після лікування виписана з покращенням, але фібриляція передсердь зберігалась.

У серпні 2012 р. відновилися скарги на набряки, задишку у спокої, напади задухи в горизонтальному положенні, кашель з відходженням харкотиння. Госпіталізована до МКЛ, де на тлі терапії — спіронолактон, торасемід, «Аспаркам», дилтіазем, варфарин (без контролю МНВ), «Біцилін-5», мелоксикам — скарги зберігались, тому пацієнтка була направлена до ЦКЛ Укрзалізниці. Госпіталізована до кардіологічного відділення ЦКЛ Укрзалізниці.

Анамнез життя. Вірусні гепатити, туберкульоз, венеричні хвороби, цукровий діабет в анамнезі заперечує. У 1987 р. виконано тонзилектомію. Перенесені травми заперечує. Спадковість обтяжена наявністю гіпертонії по материнській лінії. Відзначає наявність алергії на аміодарон, але клінічні вияви назвати не може. Шкідливі звички заперечує.

Об'єктивний стан на момент надходження. Загальний стан середнього ступеня важкості за рахунок декомпенсації за обома колами кровообігу. Перебуває в положенні ортопное. Шкірні покриви бліді, помірний акроціаноз. Гіперстенічний тип тілобудови. Щитоподібна залоза збільшена, пальпуються обидві її частки. Перкуторно над легеньми притуплення легеневого звуку в нижніх відділах. Аускультативно дихання везикулярне, у нижніх відділах послаблене. Ліва межа серця зміщена вліво на 2—3 см, права — вправо на 2 см. Аускультативно: діяльність серця аритмічна, мерехтлива тахіаритмія, тони серця приглушені, на тлі тахікардії неможливо диференціювати шуми. ЧСС \approx 150 уд./хв, П \approx 130 уд./хв, ДП \approx 20 уд./хв, АТ =

120/70 мм рт. ст. Живіт збільшений, безболісний при пальпації, передня черевна стінка напружена, симптоми подразнення очеревини відсутні, вільна рідина в черевній порожнині не відзначається, глибока пальпація утруднена, печінка виступає на 5—6 см з-під краю реберної дуги. Постукування в поперековій ділянці безболісне з обох боків. Значні набряки гомілок, до рівня колінних суглобів.

Лабораторні дані

Клінічний аналіз крові: Нв — 155 г/л; Ер. — $4,97 \times 10^{12}$ /л; Л. — $9,4 \times 10^9$ /л; ШОЕ — 2 мм/год; Еоз. — 2 %; Нейтрофіли: П. — 3 %; С. — 62 %; Лімф. — 28 %; Мон. — 4 %; Тр. — 226×10^9 /л; Гематокрит — 45,7 %.

Клінічний аналіз сечі: Прозорість — мутна; Питома вага — 1,012; Білок — 0,08 г/л; Глюкоза — відсутня; Ер. — 0—1 в п./з.; Л. — 6—8 в п./з.; Епітелій: плоский — багато, перехідний — помірна кількість, нирковий — одиничний в п./з.; Циліндри — гіалінові 6—8 в п./з.; Слиз — помірно.

Біохімічний аналіз крові: Заг. білірубін — 19,6 мкмоль/л; АсАТ — 79 U/L; АлАТ — 65 U/L; Креатинін — 129,11 ммоль/л; Глюкоза — 5,28 ммоль/л; СРБ — 12 мг/л.

Інструментальні дані. ЕКГ: ЧСС — 153 уд./хв, RR — 391 мс, P — 55 мс, PQ — 146 мс, QRS — 78 мс, QT — 274 мс, QTc — 231 мс, aP — $139,96^\circ$, aQRS — $28,20^\circ$, aT — $39,51^\circ$. **Висновок:** ритм неправильний, фібриляція передсердь, тахісistolічна форма, одиничні шлуночкові екstrasистоли.

ЕхоКГ (табл. 1): Дилатація всіх порожнин серця. Нерізко виражена дифузна гіпокінезія всіх сегментів ЛШ. Ексцентрична гіпертрофія міокарда ЛШ. Двостулковий аортальний клапан. Недостатність аортального клапана з регургітацією II—III ступеня. Стеноз і недостатність мітрального клапана з переважанням недостатності. Мітральна регургітація III—IV ступеня. Відносна недостатність тристулкового клапана з регургітацією III—IV ступеня. Відносна недостатність клапана легеневої артерії з регургітацією I—II ступеня. Слабко виражені вияви гіпертензії в легеневій артерії. Склеротичні зміни стулок клапанів.

Рентгенографія ОГП: Вогнищеві та інфільтративні зміни в легенях не виявлено. Ознаки венозної гіпертензії. Корені структуровані, розширені за рахунок судинного компонента. Серце розширене в поперецьнику.

УЗД органів черевної порожнини, висновок: Гепатомегалія, дифузні зміни паренхіми печінки та підшлункової залози. Розширена система печінкових вен.

Таблиця 1

Результати ЕхоКГ

Показник	Результат	Норма
Аорта (діаметр), мм	29,2	20—37
Клапан аорти відкриття стулок, мм	17,6	17—26
Ліве передсердя, мм	45,5	40
Мітральний клапан відкриття, мм	20,8	29
Мітрально-септальна сепарація, мм	> 10	0—10
КДР, мм	74,3	35—55
КСР, мм	57,9	23—38
Закриття стулок ЛШ, мм	12,9	6—11
ФВ (фракція викиду), %	43	55—78
Фракція скорочення, %	22	28—44
МШПд, мм	12,9	6—11
Правий шлуночок (діаметр), мм	25,1	9—26
Товщина стінки ПШ, мм	6	0,3—0,6
Ср ТЛА, мм рт. ст.	19	< 20

УЗД щитоподібної залози, висновок: Нерізка гіперплазія залози, слабо виражені дифузні зміни паренхіми.

Клінічний діагноз

Основне захворювання: Хронічна ревматична хвороба серця, активність I ступеня. Поєднана мітрально-аортальна вада серця (комбінована мітральна вада з перевагою недостатності III стадії, недостатність аортального клапана III стадії). Відносна недостатність тристулкового клапана III стадії. Відносна недостатність клапана легеневої

артерії I стадії. Постійна фібриляція передсердь, еусистолічна форма. СН ІІВ стадії зі систолічною дисфункцією лівого шлуночка, ІV ФК.

Супутнє захворювання: Гіперплазія щитоподібної залози I ступеня з неуточненим функціональним станом.

Лікувальна програма

Згідно з клінічними протоколами Асоціації кардіологів України [3]:

- Оперативне лікування вади серця.
- Пеніцилінопрофілактика впродовж року.
- Лікування СН залежно від типу (систолічна або діастолічна).

Антикоагулянти — у пацієнтів з постійною формою фібриляції передсердь, тромбоемболічними ускладненнями в анамнезі, з мітральним стенозом та протезованими клапанами серця. Обов'язковий контроль міжнародного нормалізованого співвідношення (МНС). За неможливості визначення МНС — визначення протромбінового індексу.

План лікування:

- Інгібітори АПФ.
- Антагоністи рецепторів ангіотензину II.
- Петльові діуретики.
- Антагоністи альдостерону.
- Антикоагулянти непрямої дії (+ контроль МНС).
- Протиаритмічні засоби.

Показання до хірургічної корекції вади:

Мітральна регургітація — наявність симптомів (IV ФК) з ФВ ЛШ > 30 % та КСР < 55 мм (табл. 2).

Аортальна регургітація — наявність симптомів (IV ФК), ФВ ЛШ у стані спокою < 50 %, наявність

Таблиця 2

Показання до хірургічного втручання при мітральній регургітації

Показання	Клас
Відновлення мітрального клапана, якщо прогнозується його надійність	IC
Наявність симптомів, ФВ ЛШ > 30 % та КСР < 55 мм	IB
Відсутність симптомів, дисфункція ЛШ (КСР > 45 мм та/або ФВ ЛШ ≤ 60 %)	IC
Відсутність симптомів, у пацієнтів збережена функція ЛШ та фібриляція передсердь або легенева гіпертензія (сistolічний тиск у легеневій артерії > 50 мм рт. ст. у спокої)	IIaC
Відсутність симптомів, у пацієнтів збережена функція ЛШ, висока ймовірність надійного відновлення мітрального клапана, низький хірургічний ризик, рухливі стулки та КСР ≥ 40 мм	IIaC
У пацієнтів тяжка дисфункція ЛШ (ФВ ЛШ < 30 % та/або КСР > 55 мм), рефрактерність до медикаментозної терапії, висока ймовірність стійкого ефекту клапанозберігальної операції, відсутність тяжких супутніх хвороб	IIaC
У пацієнтів тяжка дисфункція ЛШ (ФВ ЛШ < 30 % та/або КСР > 55 мм), рефрактерність до медикаментозної терапії, низька ймовірність виконання клапанозберігальної операції, відсутність тяжких супутніх хвороб	IIbC
Відсутність симптомів, у пацієнтів збережена функція ЛШ, висока ймовірність стійкого ефекту клапанозберігальної операції, низький хірургічний ризик та дилатація лівого передсердя зі збереженням синусового ритму або легеневою гіпертензією (сistolічний тиск у легеневій артерії > 60 мм рт. ст. при навантаженні)	IIbC

Таблиця 3

Показання до хірургічного втручання при аортальній регургітації

Показання	Клас
Наявність симптомів	ІВ
Відсутність симптомів, ФВ ЛШ $\leq 50\%$ у спокої	ІВ
Наявність показань до АКШ, операцій на висхідній аорті або на іншому клапані	ІС
Відсутність симптомів, ФВ ЛШ $> 50\%$ у спокої, важка дилатація ЛШ (КДР > 70 мм або КСР > 50 мм)	ІаС

Таблиця 4

Показання до хірургічного втручання при тристулкової регургітації

Показання	Клас
Важка первинна або вторинна тристулкова регургітація в пацієнтів, які підлягають хірургічному лікуванню клапанів лівих відділів серця	ІС
Наявність симптомів, пацієнти мають важку ізольовану тристулкову регургітацію без важкої дисфункції ПШ	ІС
Помірна первинна тристулкова регургітація в пацієнтів, які підлягають хірургічному лікуванню клапанів лівих відділів серця	ІаС
М'яка та помірна вторинна тристулкова регургітація з розширенням кільця (≥ 40 мм або > 21 мм/м ²) у пацієнтів, які підлягають хірургічному лікуванню клапанів лівих відділів серця	ІаС
Важка ізольована первинна тристулкова регургітація в поєднанні з мінімальними симптомами або їх відсутністю та прогресивною дилатацією чи погіршенням функції ПШ	ІаС
Після хірургічного втручання на клапанах лівих відділів серця в пацієнтів з важкою тристулковою регургітацією, що має клінічні вияви або прогресивну дилатацію/дисфункцію ПШ, за відсутності дисфункції клапанів лівих відділів серця, важкої дисфункції ПШ або ЛШ та важкої легеневої гіпертензії	ІаС

показань до оперативного втручання на іншому клапані (табл. 3).

Тристулкова регургітація — важка вторинна тристулкова регургітація в пацієнтів, які мають показання до хірургічного лікування клапанів лівих відділів серця (табл. 4).

Висновки

Молода жінка (36 років) страждає від декомпенсованої застійної хронічної серцевої недостатності на тлі хронічної ревматичної хвороби серця і впродовж більш ніж 20 років не може реалізувати показання до хірургічного втручання, на

сьогодні вже на трьох клапанах серця (аортальний, мітральний, тристулковий). Випадок клінічного спостереження підтверджує, що в лікувальній програмі хронічної ревматичної хвороби серця найважливішою є своєчасна хірургічна корекція вади серця, без виконання якої вона приречена на прогресування хронічної серцевої недостатності з розвитком резистентності до медикаментозної терапії; однорічна виживаність таких пацієнтів складає 10–30 % [7]. За невиконання хірургічного втручання найближчим часом єдиним способом медичної допомоги залишиться тільки трансплантація серця.

Література

1. Боярчук О.Р. Особливості субклінічного перебігу хронічної ревматичної хвороби серця // Укр. ревматол. журн. — 2012. — №2 (48). — С. 28–32.
2. Ревматологія: Национальное руководство / Под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. — М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2008. — 720 с.
3. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування кардіологічних хворих / За ред. проф. В.М. Коваленка, проф. М.І. Лутая, проф. Ю.М. Сіренка. — К.: ПП ВМБ, 2007. — 128 с.
4. ACC/AHA 2006 Guidelines for the Management of Patients With Valvular Heart Disease // Circulation. — 2006. — 114. — P. e84–e231.
5. Carapetis J.R., Steer A.C., Mulholland E.K. et al. The global burden of group A streptococcal diseases // Lancet Infect Dis. — 2005. — 5. — P. 685–694.
6. ESC/EACTS Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012) // European Heart Journal. — 2012. — 33. — P. 2451–2496.
7. Gorodeski E.Z., Chu E.C., Reese J.R. et al. Prognosis on chronic dobutamine or milrinone infusions for stage D heart failure // Circ. Heart Fail. — 2009. — 2. — P. 320–324.
8. Richard J. Shemin Tricuspid Valve Disease / Cohn L.H., editor // Cardiac surgery in the adult. — 3rd ed. — New-York: McGraw-Hill Medical, 2008. — 1704 p.

9. Seckeler M.D. The worldwide epidemiology of acute rheumatic fever and rheumatic heart disease // *Clinical Epidemiology*. — 2011. — 3. — P. 67–84.
10. WHO Expert Consultation on Rheumatic Fever and Rheumatic Heart Disease (2001: Geneva, Switzerland) *Rheumatic fever and rheumatic heart disease: report of a WHO Expert Consultation, Geneva, 29 October — 1 November 2001 (WHO technical report series; 923)*, P. 122.

С.Ю. Кулявец¹, Э.П. Каменская², Л.А. Мартимьянова¹, Н.И. Яблучанский¹

Хроническая ревматическая болезнь сердца и тактика ее лечения

¹Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина

²ГЛПУ «Центральная клиническая больница Укрзалізниця», г. Харьков

В статье на примере клинического наблюдения пациентки с тяжелыми гемодинамическими нарушениями на фоне хронической ревматической болезни сердца рассмотрены диагностика, установление клинического диагноза, тактика лечения и показания к хирургическому вмешательству. Подчеркивается высокая важность амбулаторного наблюдения за развитием клапанного порока и проведения его своевременной оперативной коррекции в тактике лечения хронической ревматической болезни сердца.

Ключевые слова: хроническая ревматическая болезнь сердца, приобретенные пороки сердца.

S. Yu. Kulyavets¹, E. P. Kamenska², L. O. Martimyanova¹, M. I. Yabluchanskiy¹

Rheumatic heart disease and tactics of its treatment

¹V.N. Karazin Kharkiv National University, Ukraine

²STPI «Central Clinical Hospital of Ukrzaliznitsia», Kharkiv, Ukraine

The authors on the example of clinical observations of a patient with severe hemodynamic disturbances, caused by rheumatic heart disease, considered the diagnostics, determination of clinical diagnosis, treatment tactics and indications for surgical intervention. The high importance has been outlined for the ambulatory observations over evolution of valvular disease and conduction of the timely surgical correction in the treatment tactics of rheumatic heart disease.

Key words: chronic rheumatic heart disease, acquired valvular cardiac disease.