# РЕВМАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА У БОЛЬНЫХ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Ревматическая лихорадка (РЛ) — постинфекционное осложнение А-стрептококкового фарингита или ангины, развивающееся у предрасположенных к ней лиц вследствие формирования аутоиммунного ответа на эпитопы стрептококка и перекрестной реактивности со схожими эпитопами тканей человека в сердце, суставах, коже, мозге и др.

Социальная значимость РЛ и ревматических пороков сердца (РПС) обусловлена их распространенностью, высокой временной нетрудоспособностью и ранней инвалидизацией лиц молодого возраста. В старших возрастных группах ревматическая болезнь сердца (РБС) приводит к прогностически неблагоприятной сердечной недостаточности и увеличению смертности.

Диагностическими критериями РЛ являются критерии Т, Джонса, рекомендованные ВОЗ в 1992 г. в качестве международных.

Диагностика РПС у больных старших возрастных групп затруднена возрастными изменениями сердечнососудистой системы, наличием мерцательной аритмии или присоединением сопутствующих заболеваний. Эмфизема легких, пневмосклероз, ригидность грудной клетки, гипертоническая болезнь резко изменяют или затушевывают аускультативную картину клапанного поражения сердца, в связи с чем аускультацию сердца у пожилых больных рекомендовано проводить в положении пациента сидя с наклоном вперед, что делает картину тонов и шумов более четкой. Причиной диагностических ошибок может быть психологический фактор, так как принято считать, что атеросклеротическое поражение сердца у лиц старших возрастных групп более вероятно, чем ревматическое. Отсутствие в анамнезе указаний на атаки ревматического полиартрита способствует увеличению числа диагностических ошибок.

При выявлении аускультативной картины порока сердца проводится дифференциальная диагностика между ревматическим пороком и дегенеративным кальцинозом клапанов сердца. Результаты исследований показывают, что у пожилых людей, как и у молодых, на первом месте по частоте стоят митральные пороки, затем — митрально-аортальные, значительно реже встречаются аортальные и крайне редко — поражение трехстворчатого клапана.

Недостаточность митрального клапана ревматической этиологии характеризуется выраженным систолическим шумом на верхушке сердца, проводящимся в подмышечную область. Ослабление или полное исчезновение 1 тона на верхушке сердца обычно сопровождается усилением II тона на легочной артерии вследствие развившейся легочной гипертензии. При дегенеративном кальцинозе митрального и аортального клапанов часто отмечается акцент II тона на аорте, может выслушиваться систолический шум небольшой продолжительности.

Диагностика стеноза левого атриовентрикулярного отверстия, как правило, сложна в связи с частым отсутствием или слабой выраженностью диастолического шума. Это обусловлено уменьшением скорости кровотока и снижением функции предсердий при мерцании предсердий, которое встречается у большинства больных с митральными пороками сердца. При синусовом ритме диастолический шум лучше выслушивается в положении больного на левом боку при задержке дыхания на выдохе. Поскольку при длительно существующих митральных пороках сердца редко встречается синусовый ритм, а преимущественно отмечается мерцательная аритмия, то при обследовании следует обращать внимание на усиление громкости 1 тона, акцент II тона над легочной артерией и наличие эпигастрольной пульсации. При сочетанном митральном пороке картина митрального стеноза может быть заглушено более грубым систолическим шумом.

Диагностика аортальных ревматических пороков у пожилых больных также представляет определенные сложности. Стеноз устья аорты ревматического генеза характеризуется определенным симптомокомплексом: одышкой, малым пульсом, усилением верхушечного толчка, низким АД, при физической нагрузке возможны обморочные состояния или приступы стенокардии. Перкусия позволяет диагностировать увеличение границы сердца влево, вплоть до передней подмышечной линии, аускультация — ослабление II тона во втором межреберье справа и грубый, скребущий интенсивный систолический шум с эпицентром в точке Боткина—Эрба, который проводится на сосуды шеи, в межлопаточное пространство и в область верхушки сердца. При развитии сердечной недостаточности интенсивность систолического шума уменьшается. В ряде случаев у пожилых пациентов может выслушиваться II тон, что обусловлено присоединением артериальной гипертонии или кальцинированием створок аортального клапана.

Недостаточность аортального клапана у пожилых больных часто не сопровождается характерными изменениями пульса и АД. Основной признак этого порока — протодиостолический убывающий шум над аортой с эпицентром в точке Боткина. При митрализации аортального порока, как правило, значительного увеличения левого предсердия не происходит,

Важная роль в дифференциальной диагностике пороков сердца отводится рентгенологическому исследованию, однако интерпретация рентгенологических данных у пожилых бывает затруднена выраженной эмфиземой легких, остеопорозом, кальцификацией реберных хрящей, связок, наложением тени аорты на тень позвоночника и т. д.

ЭКГ-признаки пороков сердца у больных старшего возраста отличаются от таковых у молодых. Наличие артериальной гипертонии и кардиосклероза усугубляет имеющуюся гипертрофию левого желудочка, что приводит к увеличению зубца R в левых грудных отведениях. Типичная для митральных пороков правограмма в пожилом возрасте встречается редко, вследствие мерцательной аритмии отсутствует типичный P-mitrale. О гипертрофии правого желудочка можно судить лишь по косвенным признакам: вертикальной электрической оси сердца, блокаде правой ножки пучка Гиса или смещению зоны перехода в сторону левых грудных отведений.

Для уточнения характера клапанного поражения сердца используется Эхо-КГ с допплеровским исследованием, которое позволяет дифференцировать дегенеративные и клапанные пороки сердца, Признаками пороков ревматического происхождения считается вовлечение в процесс краев створок, сращение их по комиссуром, сочетанный или комбинированный характер поражения. Чаще сращены все створки, возможно спаяние только по одной из комиссур или неравномерность сращения створок. Сочетание ревматического аортального стеноза и регургитации встречается в 73% случаев, а при дегенеративном пороке — лишь в 11% наблюдений. Для дегенеративных пороков характерны отсутствие сращения створок по комиссурам, преимущественная локализация кальциноза в области клапанного кольца и в основании створок. Дегенеративный аортальный стеноз является изолированным или сочетается с кальцинозом митрального кольца, но не с митральным стенозом.

Лабораторная и инструментальная диагностика РЛ

Для диагностики РЛ не существует специфического теста, поэтому необходимо комплексное клинико-серологическое, иммунологическое и бактериологическое обследование.

Выделение β-гемолитического А-стрептококка из отделяемого слизистой оболочки зева является абсолютным доказательством перенесенной β-ГСА-инфекции, особенно при ОРЛ, Тем не менее положительный микробиологический результат возможен лишь у некоторых больных РЛ, что может быть обусловлено как длительным латентным периодом между перенесенной β-ГСА-инфекцией и клиническими проявлениями РЛ, так и лечением антибиотиками до бактериологического исследования отделяемого из зева.

Наиболее специфический маркер инфицирования организма β-ГСА—определение антител к внеклеточным антигенам стрептококка. Титры антител повышаются и при клинически выраженном, и при бессимптомном течении инфекции. Определение антистрептолизина О (АСЛ О) — тест, который чаще всего используют для выявления антител к стрептококку Нормальное содержание АСЛ О у взрослых — 250 МЕ/мл. Наиболее ценны для диагностики повышенные или повышающиеся титры противострептококковых антител. Высокие титры АСЛ О свидетельствуют об инфицированности стрептококком, поэтому большое диагностическое значение имеет динамика противострептококковых антител у реконвалесцентов после перенесенной носоглоточной инфекции. У больных с часто рецидивирующим течением заболевания титры АСА О могут снижаться по мере увеличения числа атак, что можно объяснить преобладанием L-форм β-ГСА. При латентном течении РЛ титр АСЛ О может повышаться незначительно. Однако чаще всего у больных старше 50 лет после стрептококковой инвазии определяется повышенный уровень АСЛ О, что соответствует диагностическим критериям РЛ.

Лабораторные показатели периферической крови у пожилых больных РЛ трудно анализировать в связи с наличием сопутствующих заболеваний. Поэтому в каждом конкретном случае необходимо дифференцировать активность ревматического процесса с возможным обострением сопутствующего или развитием нового заболевания. Для лабораторных показателей у пожилых больных характерно отсутствие заметных отклонений от нормы, что, скорее всего, обусловлено стиханием гиперергической реакции иммунной системы. Возможно снижение уровня гемоглобина как проявление анемии, хронического воспаления, ускорение СОЭ (нормально). При развитии сердечной недостаточности и нарастании отеков СОЭ будет низкой и повышается по мере регрессирования недостаточности кровообращения на фоне лечения активного процесса. В сыворотке крови отмечаются повышение уровня С-реактивного белка (СРБ), фибриногена, сиаловых кислот, а также диспротеинемия (повышение содержания α-2 и у-глобулинов). У больных старших возрастных групп белковый спектр крови характеризуется большей гиперглобулинемией, отмечается рост у-глобулиновой фракции. Уровень СРБ нормальный или повышается умеренно. У большинства больных с РЛ зафиксировано повышение содержания циркулирующих иммунных комплексов по сравнению с таковым у лиц без активного процесса. Уровень IgA, IgM, IgG может быть повышен, понижен или находиться в пределах нормы, часто отмечается корреляция с клинической картиной заболевания, Индивидуальная вариабельность иммунологических показателей затрудняет их интерпретацию, в связи с чем необходимо динамическое наблюдение за ними. В процессе лечения они обычно нормализуются.

У пожилых больных чаще встречается умеренная или минимальная активность РЛ с развитием подострого кардита. О степени тяжести кардита приходится судить по степени выраженности и прогрессирования сердечной недостаточности.

ЭКГ на фоне уже имеющегося клапанного порока отражает изменения, свойственные этому пороку, а также нарушения ритма и проводимости, о которых говорилось ранее. Изменения ЭКГ не являются специфическими, достоверность их повышается при динамическом наблюдении на фоне адекватной противоревматической терапии.

Допплер-Эхо-КГ позволяет оценить анатомическую структуру сердца, наличие клапанного порока и состояние внутрисердечной гемодинамики, дает возможность диагностировать ревмокардит. Диагностическими допплер-Эхо-КГ-критериями вальвулита сердечных клапанов при острой РЛ (первичном ревмокардите) являются краевое утолщение створок клапанов, регургитация и преходящий пролапс створок. При повторной РЛ обращают на себя внимание признаки прогрессирующей сердечной недостаточности и снижение фракции выброса. При застойной сердечной недостаточности по большому кругу кровообращения используется ультразвуковая флебография, которая позволяет выявить расширение нижней полой вены, печеночных вен, диффузные изменения ткани печени и оценить адекватность проводимой терапии.

Лечение больных с РЛ

При лечении пожилых больных должен соблюдаться принцип этапности. Все больные с РЛ должны быть госпитализированы. Длительность постельного режима определяется индивидуально в зависимости от степени тяжести сердечной недостаточности. Средняя продолжительность лечения в стационаре — 6—8 нед, при тяжелом течении кардита — и больше.

Назначают стол №10, при сердечной недостаточности ограничивают потребление соли и жидкости (до 1000— 1200 мл/сут). Рацион должен содержать не менее 120— 130 г белка, 50% которого — животный белок. При стихании активности ревматического процесса количество белка может быть снижено до 110 г, но оно не должно быть меньше физиологической нормы. В период профилактического, противорецидивного лечения бициллином или противоревматическими средствами необходимо увеличить количество белка до 130 г/сут.

Содержание углеводов в рационе следует ограничить до 300 г в основном за счет легковсасываемых (сахар, варенье, кондитерские изделия и т.д.) в связи с их сенсибилизирующим влиянием. Необходимы свежие фрукты и овощи, При назначении глюкокортикостероидов (ГКС) в диету №10 включают продукты, содержащие большое количество калия и кальция.

Целью этиотропной противострептококковой терапии является эрадикация из носоглотки β-ГСА и его персистирующих в организме форм. С учетом высокой чувствительности стрептококка к пенициллину последний остается препаратом выбора 1-го ряда, Из пенициллинов чаще используется бензилпенициллин (внутримышечные инъекции в суточной дозе 3 000 000—6 000 000 ЕД в течение 10—14 дней). Препараты выбора — полусинтетические пенициллины, в частности амоксициллин в суточной дозе 1,5 г в 3 приема.

При резистентности стрептококка или аллергии на пенициллины назначают антибиотики группы макролидов: азитромицин — 0,5 г в 1 прием в течение 3 дней; кларитромицин — 0,5 г в 2 приема в течение 10 дней; рокситромицин — 0,3 г в 2 приема в течение 10 дней; эритромицин 1,2 г/сут в 3 приема в течение 10—14 дней или спирамицин — 3 000 000 ЕД в 2 приема на 10 дней.

При непереносимости макролидов препаратами резерва могут быть линкозамиды: клиндамицин — в суточной дозе 0,6 г в 4 приема в течение 10 дней или линкомицин — 1,5 г в 3 приема на 10 дней.

Не рекомендуется лечить РЛ тетрациклином, левомицетином, фторхинолонами (ципрофлоксацином), сульфаниламидами, поскольку стрептококк малочувствителен к этим препаратам. Важно помнить, что для больных пожилого возраста характерна повышенная чувствительность к антибиотикам, что ограничивает их длительное применение. Необходимы также санация очагов инфекции и лечение латентно протекающих заболеваний (пневмонии, холецистита, пиелонефрита и т. д.), особенно если обострение заболевания предшествовало диагностированной активности ревматического процесса.

Противовоспалительная терапия

Только антибактериальная терапия не приводит к стиханию аутоиммунного воспаления. Поэтому назначают патогенетическое лечение нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) или ГКС. НПВП обладают выраженной противовоспалительной активностью и в течение 10—14 дней приводят к положительной динамике кардита, регрессии сердечной недостаточности, улучшению лабораторных показателей. При легком и среднетяжелом течении кардита показаны диклофенак (вольтарен) в суточной дозе 100—150 мг, ацеклофенак (аэртал) в суточной дозе 100—200 мг и др. Длительность лечения — не менее 6 нед. Ацетилсалициловая кислота (в суточной дозе 4—6 г) в старших возрастных группах вследствие выраженной НПВП-ин-дуцированной гастропатии в настоящее время применяется ограниченно.

Кафедра внутренних болезней МГМСУ располагает опытом 6-недельного применения аэртала в дозе 100 мг/сут на фоне гликозидно-диуретической терапии и ингибиторов АПФ у 39 больных пожилого возраста с повторной РЛ (с подтвержденным кардитом), с пороками сердца и сердечной недостаточностью. На фоне лечения отмечались регрессия клинико-лабораторных проявлений кардита и улучшение параметров гемодинамики по данным допплер-Эхо-КГ уменьшались размеры левого предсердия и систоло-диастолическая дисфункция левого желудочка, отмечалась регрессия гидроперикарда, увеличивалась фракция выброса левого желудочка. Таким образом, аэртал является высокоэффективным средством лечения РЛ и обладает высокой терапевтической активностью.

При тяжелых кардитах с кардиомегалией, застойной сердечной недостаточностью и нарушениями ритма высоких градаций показано назначение преднизолона в суточной дозе 20—25 мг, длительность лечения — не более 1 мес. Следует отметить, что ГКС могут быть противопоказаны из-за сопутствующей артериальной гипертонии, язвенной болезни или сахарного диабета, как и длительная терапия НПВП.

При затяжном варианте РЛ показано назначение на длительное время препаратов аминохинолинового ряда (делагила — 0,25 г или плаквинила — 0,2 г) по 1 таблетке 2 раза в сутки в течение 4 нед с последующим переходом на поддерживающую терапию по 1 таблетке на ночь. Показано назначение витаминов группы В и аскорбиновой кислоты парентерально, препаратов, улучшающих метаболизм миокарда (рибоксин, производные оротовой кислоты и т.д.), курантила при наличии коронариита,

При развитии симптомов декомпенсации сердечной недостаточности назначаются сердечные гликозиды, диуретики, ингибиторы АПФ, препараты калия. При ревматическом коронариите применение таблетированного дигиталиса нежелательно, так как возможно усугубление коронарной недостаточности. Оптимально внутривенное введение коргликона.

При склонности к тромбообразованию показаны непрямые антикоагулянты и антиагреганты (варфарин, плавике, аспирин). При нарушениях сердечного ритма целесообразно назначение β-адреноблокаторов, в том числе короткого действия (обзидан, анаприлин в среднем 40 мг/сут). Больным РПС с перегрузкой объемом или митральным стенозом в неактивный период заболевания рекомендуется прием кардиоселективных липофильных β-блокаторов (метапролол и т.д.) в комплексе с ингибиторами АПФ, гликозидами и диуретиками. Однако следует воздержаться от применения β-блокаторов при стенозе устья аорты и комбинированных пороках сердца с перегрузкой объемом, так как в этом случае наблюдается увеличение конечного систолического объема, времени изоволюметрического расслабления и индекса сократимости, что способствует прогрессированию сердечной недостаточности.

Всем больным необходима текущая профилактика ОРЛ для предотвращения рецидива заболевания или развития: такого грозного осложнения, как инфекционный эндокардит, которая должна проводиться при интеркуррентных инфекционных заболеваниях, медицинских манипуляциях, больших или малых операциях (экстракция зуба или стоматологические процедуры, вызывающие кровотечение, урологические или гинекологические исследования, тонзилэктомия, бронхоскопия, биопсия слизистой), абдоминальных и других оперативных вмешательствах. Профилактика "по требованию" проводится оральными пенициллинами, макролидами (ровамицин, кларитромицин, азитромицин), комбинированными препаратами (амоксициллин-клавуланат, ампициллин-сульбактам) или оральными цефалоспоринами (цефалексин, цефаклор, цефиксим).