

чаемые маркеры достоверно не отличалась между собой.

Выводы. Сонографическое выявление депозитов солей мочевой кислоты у больных подагрой характеризуется высокой чувствительностью и специфичностью в диагностике ПА в течение первых 6 месяцев от появления первых симптомов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Елисеев, М.С. Динамика клинических проявлений подагры у мужчин (данные 7-летнего ретроспективного наблюдения) / М.С.Елисеев, В.Г.Барскова, И.С.Денисов // Терапевтический архив. –2015. - № 5. – С. 10–15.
2. Елисеев, М. С. Алгоритм диагностики и лечения подагры / М. С. Елисеев // Русский медицинский журнал. - 2015. - № 7. – С. 410–414.
3. Filippucci, E. , Di Geso L, Grassi W. Tips and tricks to recognize microcrystalline arthritis / E. Filippucci, L. Di Geso, W. Grassi //Rheumatology.- 2012. - Vol. 51, №7. – P. 18–21.
4. Ultrasound-detected musculoskeletal urate crystal deposition: which joints and what findings should be assessed for diagnosing gout? / E. Naredo [et al.] // Ann Rheum Dis.-2014. - Vol. 73, № 10. – P. 1522–1528.
5. Gout classification criteria: an American College of Rheumatology European League Against Rheumatism collaborative initiative / T. Neogi [et al.] // Ann Rheum Dis. – 2015. – Vol. 74, № 10. – P. 1789–1798.

ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

В.С.Петров

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова
Минздрава России, г.Рязань, Российская Федерация

У пациентов с ревматической болезнью сердца за 5 лет показано увеличение левого предсердия, уменьшение площади митрального отверстия на $0,086\text{см}^2$ в год, отсутствие прогрессирования сердечной недостаточности и отсутствие ухудшения качества жизни. Отмечено, что для умерших пациентов характерно увеличение левого предсердия более $5,24\text{см}$ и уменьшение площади митрального отверстия менее $1,19\text{см}^2$.

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

Введение. В настоящее время ревматологи редко занимаются ведением пациентов с хронической ревматической болезнью сердца (ХРБС), передавая пациентов кардиологам. При этом растет с возрастом количество приобретенных клапанных пороков [1, с. 1242], а ожидаемого снижения смертности не получено [2, с. 1010]. В диагностике в настоящее время преобладают неинвазивные методы визуализации, например, эхокардиография (ЭхоКГ), ставшая стандартом оценки структуры и функций клапанов. В лечении на фоне прогресса интервенционной кардиологии и новых методов хирургического лечения [3, с. 127] отсутствуют четкие и понятные рекомендации по медикаментозной терапии развивающейся у пациента хронической сердечной недостаточности (ХСН) [4, с. 2477, 5, с. 381]. Вопросы же профилактики [6, с.67] и возможных предикторов неблагоприятно-

го прогноза у пациентов с ХРБС практически не обсуждаются [7, с. 86].

Целью работы была оценка динамики клинико-инструментальных показателей у пациентов с ХРБС на протяжении 5 лет, а также оценка вероятных факторов, влияющих на смертность больных.

Материалы и методы. Было обследовано 123 пациента (мужчин – 25,2% (31 пациент) и женщин – 74,8% (92 пациентки) с ХРБС, средний возраст пациентов был $57,56 \pm 0,98$ лет.

Оценка функционального класса (ФК) ХСН проводилась с помощью теста 6 минутной ходьбы по стандартной методике. Эхокардиография (ЭхоКГ) выполнялась на аппарате «ACUSON Supress» (Siemens Medical Solutions USA, inc., США) с оценкой линейных размеров сердца, градиентов давления на клапанах и патологических

потоков в полостях сердца [8, с. 470]. ЭКГ выполнялось на аппарате «CARDIOVIT AT-2» (Shiller, Швейцария). Оценка качества жизни проводилась с помощью опросника SF 36 [9] с обработкой баллов по 8 шкалам и двух суммарных измерений – физического и психического компонентов здоровья.

Результаты и их обсуждение: в большинстве случаев первой причиной обращения к врачу была клиника ХСН (одышка при физической нагрузке, слабость) – 38 человек (70,4%). Второй частой причиной была фибрилляция предсердий – 5 человек (9,26%). Реже причинами контакта с врачом были: боли в области сердца – 4 человека (7,4%), повышение артериального давления – 3 (5,56%) и обмороки – 2 (3,4%) пациента.

Из предъявляемых жалоб пациентами самыми частыми были: одышка – 71,3±5,2%, сердцебиение – 60,2±5,6%, кардиалгия – 57,4±5,7%, перебои в работе сердца – 58,3±5,7%, головные боли – 57,4±5,7%, головокружение – 52,8±5,8%, загрудинная боль – 15,7±4,2%.

При оценке данных ЭхоКГ установлено, что чаще всего имела место 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%. Дискутабельным является постановка диагноза ХРБС пациентам с недостаточностью МК и АК (нередко в сочетании с недостаточностью ТК) – 21,1% или аортальным стенозом с недостаточностью АК и МК – 14,5%.

В случаях аортального стеноза можно обсуждать возможность ХРБС при наличии ревматического анамнеза и развитие порока в молодом возрасте, что не типично для дегенеративного аор-

тального стеноза. Однако у двух пациентов с диагнозом ХРБС во время оперативной коррекции порока был выявлен двустворчатый двустворчатый аортальный клапан.

В течение 5 лет нами прослежена динамика показателей ЭхоКГ, теста 6 мин ходьбы и данных опросников качества жизни. При оценке ЭхоКГ (табл.1) выявлено достоверное увеличение линейных размеров только левого предсердия (ЛП) с 4,5±0,09см до 4,8±0,12см и уменьшение площади митрального отверстия (S Mo) с 2,26±0,04см² до 1,83±0,1см². 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.

При оценке по функциональным классам (ФК) ХСН с помощью теста 6 минутной ходьбы получилось следующее распределение (рис.1): I ФК – 25,7%; II ФК – 45,7%; III ФК – 20,0%, IV ФК – 5,7% и никакой достоверной динамики за 5 лет не наблюдалось. Достоверной разницы результатов теста 6 мин ходьбы получено также не было: 344,5±10,99 метров в начале исследования и 355,87±16,96 метров через 5 лет.

Для оценки качества жизни был использован опросник SF 36, и существенной динамики в физическом компоненте здоровья 31,59±1,02 и 32,47±1,18 (через 5 лет) и психическом компоненте здоровья 38,85±1,67 до 35,85±1,04 получено не было (рис.2).

Из лекарственных препаратов пациенты с ХРБС получали (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 применялся метопролол тартрат – 66,7%, а не рекомендуемый

Таблица 1

Динамика показателей ЭхоКГ за 5 лет наблюдения

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

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

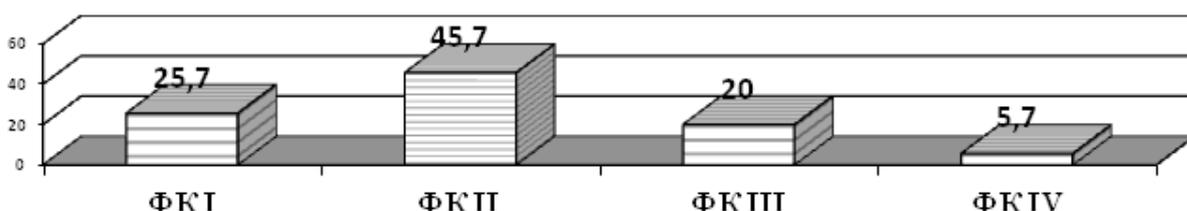


Рис.1. Распространенность ФК ХСН у пациентов с ХРБС

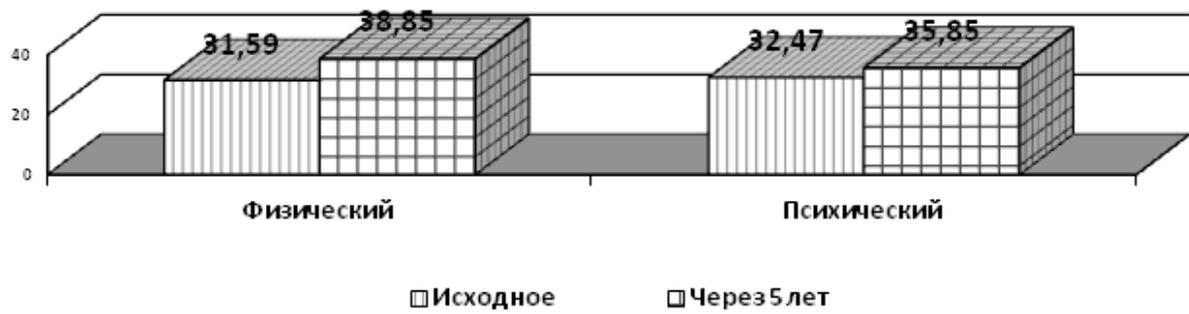


Рис. 2. SF 36: Психический и физический компонент здоровья

метопролола 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 фибрилляции предсердий и наличие инсультов у ряда больных варфарин назначался только больным с протезированными клапанами.

Отдельно проанализированы 16 умерших за 5 лет пациентов: средний возраст умерших составил $60,6 \pm 2,1$ лет; в качестве причины смерти у 12 (75,0%) пациентов установлена декомпенсация ХСН на фоне митрального или аортального стеноза. Из сопутствующих заболеваний высокая частота встречаемости была у перманентной фибрилляции предсердий – 75% и сахарного диабета – 50%.

У умерших пациентов данные ЭхоКГ (табл.2) достоверно отличались от показателей во всей группе.

Таким образом, к факторам неблагоприятного прогноза при ХРБС можно отнести перманентную фибрилляцию предсердий, сахарный диабет II типа; увеличение полости левого предсердия более 5,2 см и выраженный митральный стеноз (S-Мо менее $1,19 \text{ см}^2$).

Заключение. У пациентов с хронической ревматической болезнью сердца за пятилетний период наблюдения не происходит прогрессирования хронической сердечной недостаточности и значимого ухудшения качества жизни, несмотря на отрицательную динамику ЭхоКГ показателей. Комбинация фибрилляции предсердий, сахарного диабета II типа, выраженного митрального стеноза



Рис. 3. Медикаментозная терапия ХРБС в стационаре

Таблица 2

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; * – значимые изменения в сравнении с исходными данными.

и дилатации левого предсердия повышает риск смерти у пациентов с хронической ревматической болезнью сердца.

ЛИТЕРАТУРА

1. A prospective survey of patients with valvular heart disease in Europe: the Euro Heart Survey on valvular heart disease / Iung B. [et al.] // Eur. Heart J. – 2003. – Vol. 24. – P. 1231-1243.
2. Burden of valvular heart diseases: a population-based study / Nkomo V.T. [et al.] // Lancet. – 2006. – Vol. 368. – P. 1005-1011.
3. 2014 AHA/ACC Guideline for the management of patients with valvular heart disease / Rick A. Nishimura [et al.] // Journal of the American College of Cardiology. – 2014. – Vol. 63. – P. 57-185.
4. Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012) / Vahanian A. [et al.] // Eur. Heart J. – 2012. – Vol. 33. – P. 2451-2496.
5. 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.
6. Якушин С.С., Филиппов Е.В. Основные направления первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний // Наука молодых – Erudition juvenium. – 2014. – № 4. – С. 55-68.
7. Петров В.С. Результаты 5-летнего наблюдения за пациентами с ревматическими пороками сердца // Российский медико-биологический вестник. – 2015. – № 3. – С. 83-87.
8. Prevalence of rheumatic heart disease detected by echocardiographic screening / Marijon E. [et al.] // N. Engl. J. Med. – 2007. – Vol. 357. – P. 470-476
9. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide / J.E. Ware [et al.] – Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated, 2000. – 150p.

DYNAMICS OF STATE OF PATIENTS WITH CHRONIC RHEUMATIC HEART DISEASE

Petrov V.S.

I.P.Pavlov Ryazan State Medical University, Ryazan, Russian Federation

Patients with rheumatic heart disease for 5 years have increased left atrium, reduced mitral valve area 0,086 cm² per year, absence of heart failure progression and lack of deterioration in the quality of life. It is noted that for the dead patients, increased left atrium more than 5.24 cm and a decreased area of the mitral orifice less than 1.19 sm².

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

СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С ДЕФОРМАЦИЯМИ И БЕЗ ДЕФОРМАЦИЙ ПОЗВОНКОВ

Е.В.Петрова, И.С.Дыдыкина, А.В.Смирнов, М.М.Подворотова, Е.А.Таскина, П.С.Дыдыкина, Е.С.Веткова, Е.Л.Насонов

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А.Насоновой»
(ФГБНУ НИИР им. В.А.Насоновой), г.Москва, Российская Федерация

Установлено, что переломы позвонков торако-люмбального отдела у больных ревматоидным артритом (РА) возникают чаще, чем в популяции. Деформации позвонков часто носят субклинический характер, и для их выявления необходимы дополнительные диагностические мероприятия.

Ключевые слова: ревматоидный артрит (РА), деформации позвонков.

Цель. Определить частоту деформаций позвонков при РА и получить сравнительную характеристику больных РА с/без деформаций позвонков.

Материалы и методы. В исследование включено 164 женщины, страдающие РА в возрасте от 20 до 65 лет. Всем больным проведен рентгеноморфометрический анализ деформаций тел позвонков методом Genant. Рентгенологические призна-

ки прогрессирования РА оценены методом Sharp/van der Heijde у 162 человек. Минеральная плотность кости (МПК) определена с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии на аппарате Hologic «Discovery A» в трех областях скелета: в поясничном отделе позвоночника (ПОП) у 159 больных, в шейке бедренной кости (ШБ) у 155 больных и в дистальном отделе пред-