

УДК 616.12-002.77-036.12

DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.3251639>

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОЇ РЕВМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

**Якименко О.О., Закатова Л.В., Антипова Н.М., Серебрякова А.А.,
Єфременкова Л.Н., Клочко В.В., Табінський С.І.**

*Одеський національний медичний університет, м.Одеса, Україна,
ivv25@ukr.net*

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

**Якименко Е.А., Закатова Л.В., Антипова Н.Н., Серебрякова А.А.,
Єфременкова Л.Н., Клочко В.В., Табинский С.И.**

Одесский национальный медицинский университет, г.Одесса, Украина

FEATURES OF THE COURSE OF THE CHRONIC RHEUMATIC HEART DISEASE IN MODERN CONDITIONS

**Yakimenko E.A., Zakatova L.V., Antipova N.N., Serebriakova A.A.,
Yefremenkova L.N., Klochko V.V., Tabinskiy S.I.**

Odessa state medical university, Odessa, Ukraina

Summary/Резюме

The problem of a chronic rheumatic heart disease has not lost the relevance in view of the fact that this disease have people of young working-age at whom it can lead to an early invalidization and premature death. The prevalence of a chronic rheumatic heart disease among adult population of Ukraine (18 years and older) is 397.6 on 100 thousand population, and incidence — 6.4 on 100 thousand adult population. In Ukraine the specific weight of a chronic rheumatic heart disease as the reasons of primary disability among all population and employable population continues to remain the same (0.4 %) without tendency to decrease. At 30-50 % of patients with rheumatic heart diseases in the anamnesis do not reveal data on the postponed acute rheumatic fever. For the last decade the incidence of a chronic rheumatic heart disease decreased by 60 %, however, mortality increased by 78 %.

Dynamics of negotiability to rheumatological departament of patients with acute and chronic forms of rheumatism and feature of a course of a chronic rheumatic heart disease in modern conditions was analysed. It was established that now the chronic rheumatic heart disease develops without the previous acute rheumatic fever, it is diagnosed at a stage of the formed heart disease or development of disturbances of a heartbeat and, is compensated throughout a long time. The clinical example of the patient having a chronic rheumatic heart disease is provided. Feature of this clinical case are: the long asymptomatic course of damage of heart, initially revealed mitral and aortal defect at the age of 51 year with prevalence of a mitral stenosis complicated by fibrillation of auricles; a mitral commissurotomy at the age of 56 years with fast development of a restenosis (in 58 years) when prosthetics of the mitral valve was offered; many years (up to 76 years) rather satisfactory condition with sharp

deterioration within one month, due to the revealed critical mitral stenosis, heart failure III St.

Key words: acute rheumatic fever, chronic rheumatic heart disease, features of a current, clinical case.

Проаналізовано динаміку звертаємості в ревматологічне відділення хворих гострими і хронічними формами ревматизму і особливості перебігу хронічної ревматичної хвороби серця в сучасних умовах. Установлено, що в теперішній час хронічна ревматична хвороба серця розвивається без попередньої гострої ревматичної лихманки, діагностується на стадії сформованої вади серця або розвитку порушень серцевого ритму, є компенсованою на протязі тривалого часу.

Ключові слова: гостра ревматична лихоманка хронічна ревматична хвороба серця, особливості перебігу, клінічний випадок.

Проанализирована динамика обращаемости в ревматологическое отделение больных острыми и хроническими формами ревматизма и особенности течения хронической ревматической болезни сердца в современных условиях. Установлено, что в настоящее время хроническая ревматическая болезнь сердца развивается без предшествующей острой ревматической лихорадки, диагностируется на стадии сформировавшегося порока сердца или развития нарушений сердечного ритма, является компенсированной на протяжении длительного времени.

Ключевые слова: острая ревматическая лихорадка, хроническая ревматическая болезнь сердца, особенности течения, клинический случай.

Хронічна ревматична хвороба серця (ХРХС) — захворювання, що характеризується ураженням серцевих клапанів у вигляді постзапального крайового фіброзу клапанних стулок або вади серця (недостатність і / або стеноз), що сформувалися після перенесеної гострої ревматичної лихоманки (ГРЛ) [1,2,3]. Однак у 30-50 % хворих ХРХС в анамнезі не виявляється відомостей про перенесену ГРЛ [2,5].

За останнє десятиліття захворюваність на ХРХС зменшилася на 60 %, але смертність підвищилася на 78 % [1]. Проблема ХРХС не втратила своєї актуальності в Україні і в світі з огляду на те, що на дане захворювання страждають люди молодого працездатного віку, у яких ХРХС може призводити до ранньої інвалідизації і передчасної смерті [1,4]. Так, згідно з даними Центру статистики МОЗ України, в 2015 р поширеність

ХРХС серед дорослого населення України (18 років і старше) склала 397,6 на 100 тис. населення, а захворюваність — 6,4 на 100 тис. дорослого населення [1]. В Україні питома вага ХРХС як причини первинної інвалідності серед всього населення і працездатного населення продовжує залишатися сталим (0,4 %) без тенденції до зниження [1]. За даними наших власних досліджень — аналізу статистичних даних ревматологічного відділення багатопрофільного медичного центру (БМЦ ОНМедУ) — кількість хворих на ХРХС за останні 6 років зменшилася: в 2017 р 62 пацієнта (7,2 %) проти 106 хворих (11,8 %) в 2011 р., в той час як в 1983 р хворі ХРХС становили 53 % від загального числа пацієнтів ревматологічного відділення. Випадки ж ГРЛ стали вкрай рідкісними: в 2012 р — 2 випадки, в 2014 р — 1 випадок, зовсім не фіксувалися вони у відділенні після

2014 р.

Нижче наводимо опис клінічного випадку, що ілюструє зміни в характері перебігу ХРХС в останні роки. Хвора Ж., 76 років, перебувала на лікуванні в ревматологічному відділенні БМЦ ОНМедУ з 19.01. по 02.02. 2018 р.

Скарги при надходженні: на задишку змішаного характеру при фізичних навантаженнях малої інтенсивності, прискорене серцебиття, важкість у правому підребер'ї, збільшення живота, загальну слабкість.

Анамнез: хворіє ХРХС з 51-річного віку, коли на тлі частих ангін вперше виник пароксизм фібриляції передсердь і діагностований ревматизм, мітральний стеноз. У віці 56 років (1998 р.) — операція мітральної комісуротомії. З 58 років (2000 р.) рестеноз. Рекомендована операція протезування мітрального клапана, від якої хвора відмовилася. Отримувала антикоагулянти (варфарин нерегулярно), біцилін-5, дігосин, діуретики. Погіршення відзначила протягом останнього місяця, коли посилилася задишка, набряки, збільшився в обсязі живіт. Госпіталізована для обстеження і лікування.

Об'єктивно: загальний стан важкий. Шкірні покриви субіктеричні, акроціаноз. Над легенями — дихання везикулярне з жорстким відтінком, сухі свистячі і вологі хрипи в нижніх відділах легень з обох сторін. Межі відносної серцевої тупості розширені на всі боки. Серцева діяльність аритмічна, тони ослаблені, систолічний та діастолічний шуми в усіх точках аускультатії. Пульс дорівнює ЧСС і становить 100 в хв, АТ — 120/70 мм. рт. ст. Живіт збільшений в розмірах за рахунок наявності вільної рідини, позитивний симптом флюктуації, помірно роздутий, безболісний при пальпації. Печінка виступає щільним краєм на 4 см з-під реберної дуги. Симптом постукування негативний з обох сторін. Крижі, промежина, стегна, гомі-

лки і стопи набрякли.

Дані лабораторних та інструментальних досліджень. Загальний аналіз крові: Hb — 123 г/л, ер. — 4,2 Т/л, КП — 0,8, лейкоц. — 5,7 Г/л, п-2, с — 62, е — 1, л — 27, м — 8, ШОЕ — 10 мм/год. Біохімічне дослідження крові: СРБ — +++, АСЛ-О — 500 АЕ, глюкоза- 4,7 ммоль/л, білірубін загальний — 78 мкмоль/л, АСТ — 0,36 ммоль/л, АЛТ — 0,46 ммоль/л, ПТІ — 69 %, креатинін — 82 мкмоль/л.

ЕКГ: Фібриляція передсердь, нормосистолічна форма, ЧСС-78 в 1 хв. ЕОС не відхилено. Гіпертрофія і перевантаження правого шлуночка (ПШ) і лівого шлуночка (ЛШ). Виражені зміни в міокарді з проявами хронічної коронарної недостатності.

ЕХО-КГ: Комбінована мітральна вада з переважанням критичного стенозу (рестеноз, площа мітрального отвору — 0,6 см²). Фіброз стулок аортального клапана (регургітація I-II ст.). Відносна недостатність трикуспідального клапана III-IV ст. Розширення обох передсердь і ПШ. Легенева гіпертензія (Р — 60 мм. Рт. Ст.). Скоротливість міокарда знижена (фракція викиду ЛШ 42 %). Рух міжшлуночкової перегородки парадоксальний. Незначна кількість випоту в порожнині перикарда.

Р-графія органів грудної клітини: легеневої малюнок збагачений за рахунок венозного повнокров'я. Коріння мало структурні. Синуси вільні. Серце значно збільшено в розмірах.

УЗД органів черевної порожнини і нирок: гепато-спленомегалія. Розширення системи печінкових вен і нижньої порожнистої вени. Калькульозний холецистит. Кісти обох нирок.

Проведена терапія: режим — напівпостільний, потім тонізуючий; дігосин, варфарин, аспаркам, тіоцетам, верошпирон, лазикс, мілдрокард, лесфаль, цефтриаксон, азитроміцин, амброксол, левофлоксацин, флуконазол, детралекс.

Побічних дій лікарських препаратів не відзначалося.

Клінічний діагноз: Основний — Хронічна ревматична хвороба серця, а/ф, акт. 1 ст. поєднана мітрально-аортальна вада. Мітральний стеноз. Мітральна комісуротомія (1998 г.). Рестеноз IV ст. (S MO = 0,6 см2). Комбінована аортальна вада без переваги. Відносна недостатність трикуспідально-го клапана III- IV ст.

Ускладнення — Хронічна фібриляція передсердь. СН III ст. (ФК IV). Вторинна легенева гіпертензія II ст. Кардіальний цироз печінки з декомпенсованою портальною гіпертензією.

Супутній — хронічне обструктивне захворювання легень 11 ст., В фазі загострення. ДН 1 ст. ЖКХ. Хронічний калькульозний холецистит в стадії ремісії. Хронічний панкреатит в стадії ремісії. Хронічний пієлонефрит в стадії ремісії. Кісти обох нирок. ХНН 0-I ст. Варикозна хвороба. Варикозне розширення підшкірних вен обох нижніх кінцівок. ХВН II-III ст. Церебральний атеросклероз. Дисциркуляторна енцефалопатія II ст.

Особливістю даного клінічного випадку є: тривалий безсимптомний перебіг ХРХС, первинно виявлена мітрально-аортальна вада у віці 51 року з переважанням стенозу, ускладненого фібриляцією передсердь; мітральна комісуротомія у віці 56 років з швидким розвитком рестенозу (в 58 років), коли було запропоновано протезування мітрального клапана; багато років (до 76 років) відносно задовільний стан з різким погіршенням протягом одного місяця, внаслідок виявленого критичного мітрального стенозу, серцевої недостатності III ст.

Література

1. Коваленко В.М., Корнацький В.М. Проблеми здоров'я і медичної допомоги та модель покращання в сучасних умовах: аналіт.-статист. посіб. — К., 2016. — 261

2. Боярчук О.Р. Особливості субклінічного перебігу хронічної ревматичної хвороби серця. Укр. ревматолог. журн. — 2012. — №2 (48). — С. 28-32.
3. Якименко Е.А., Закатова Л.В., Тбілели В.В., Антипова Н.Н., Добровольская И.А. Особенности течения хронической ревматической болезни сердца Острые и неотложные состояния в практике врача. — 2015. — № 3-4. — С.52-55.
4. Якименко О.О., Закатова Л.В., Антипова Н.М., Клочко В.В., Кравчук О.Е., Серебрякова А.А., Тбілели В.В., Тихончук Н.С., Табінський С.І. Динаміка структури ревматичних захворювань за 30 років (1983-2013) у Одесі. Укр. ревматолог. журн. — 2014. — № 57 (3). — С. 94-95.
5. Carapetis, G. R. Acute rheumatic fever / G. R. Carapetis, M. McDonald, N. J. Wilson. Lancet. — 2005. — Vol. 366. — P. 155-168.

References

1. Kovalenko V.M., Kornacz'kyj V.M. Problemy' zdorov'ya i medy'chnoyi dopomogy' ta model' pokrashhannya v suchasny'x umovax: analit.-staty'st. posib. — K., 2016. — 261 s.
2. Boyarchuk O.R. Osobly'vosti subklinichnogo perebigu xronichnoyi revmaty'chnoyi xvoroby' sercy'a Ukr. revmatolog. zhurn. — 2012. — #2 (48). — S. 28-32.
3. Yakymenko E.A., Zakatova L.V., Tby'lely' V.V., Anty'pova N.N., Dobvol'skaya Y'.A Osobennosty' techeny'ya xrony'cheskoj revmaty'cheskoj bolezny' serdca Ostrye y' неотложные sostoyany'ya v prakty'ke vracha — 2015. — # 3-4. — S.52-55.
4. Yakymenko O.O., Zakatova L.V., Antipova N.M., Klochko V.V., Kravchuk O.E., Serebryakova AA, Tbylyeli V.V., Ty'xonchuk N.S., Tabins'kyj S.I. Dy'namika struktury' revmaty'chny'x zavoryuvan' za 30 rokiv (1983-2013) u Odesi. Ukr. revmatolog. zhurn. — 2014. — # 57 (3). — S. 94-95.
5. Carapetis, G. R. Acute rheumatic fever / G. R. Carapetis, M. McDonald, N. J. Wilson. Lancet. — 2005. — Vol. 366. — P. 155-168.

Впервые поступила в редакцию 22.04.2019 г.
Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования