

Диагностика острой ревматической лихорадки

Белов Б.С.¹, Кузьмина Н.Н.¹, Медынцева Л.Г.¹, Бабаева А.Р.², Шостак Н.А.³,
Жилиев Е.В.⁴, Мясоедова С.Е.⁵, Раскина Т.А.⁶, Якупова С.П.⁷, Сороцкая В.Н.⁸, Оттева Э.Н.⁹

¹ФГБНУ Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва, Россия; ²ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Волгоград, Россия; ³ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия; ⁴Европейский медицинский центр, Москва, Россия; ⁵ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, Иваново, Россия; ⁶ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Кемерово, Россия; ⁷ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия; ⁸Медицинский институт ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет» Минобрнауки России, Тула, Россия; ⁹КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» Минздрава Хабаровского края, Хабаровск, Россия
¹¹⁵⁵²² Москва, Каширское шоссе, 34А; ²⁴⁰⁰¹³¹ Волгоград, площадь Павших Борцов, 1; ¹¹⁷⁹⁹⁷ Москва, ул. Островитянова, 1; ¹²⁹⁰⁹⁰ Москва, ул. Щепкина, 35; ¹⁵³⁰¹² Иваново, Шереметевский проспект, 8; ⁶⁵⁰⁰²⁹ Кемерово, ул. Ворошилова, 22а; ⁴²⁰⁰¹² Казань, ул. Бутлерова, 49; ³⁰⁰⁰²⁸ Тула, ул. Болдина, 128;

Для ссылки: Белов БС, Кузьмина НН, Медынцева ЛГ и др. Диагностика острой ревматической лихорадки. Научно-практическая ревматология. 2016;54(4):395–397.

DIAGNOSIS OF ACUTE RHEUMATIC FEVER

Belov B.S.¹, Kuzmina N.N.¹, Medyntseva L.G.¹, Babaeva A.R.², Shostak N.A.³,
Zhilyaev E.V.⁴, Myasoedova S.E.⁵, Raskina T.A.⁶, Yakupova S.P.⁷, Sorotskaya V.N.⁸, Otteva E.N.⁹

For reference: Belov BS, Kuzmina NN, Medyntseva LG, et al. Diagnosis of acute rheumatic fever. Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya = Rheumatology Science and Practice. 2016;54(4):395–397 (In Russ.).
doi: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2016-395-397>

В апреле 2015 г. в журнале *Circulation* были представлены предложения экспертов Американской кардиологической ассоциации (АКА; American Heart Association) по пересмотру критериев диагностики острой ревматической лихорадки (ОРЛ) [1]. В связи с чрезвычайной важностью унифицированного подхода к диагностике ревматических заболеваний в рамках научно-практической конференции ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой 21.10.2015 г. был проведен круглый стол с участием ведущих экспертов-ревматологов России для детального анализа этой проблемы. На обсуждение были вынесены предложения АКА по модификации критериев Джонса. В дискуссии приняли участие эксперты из разных регионов России, изложившие свое отношение к необходимости пересмотра действующих критериев ОРЛ и собственные предложения по наиболее приемлемой модификации критериев Джонса. По результатам дискуссии был подготовлен итоговый документ, содержание которого представлено ниже.

Диагностика ОРЛ на протяжении многих лет базируется на критериях Киселя–Джонса, которые являются уникальным диагностическим инструментом, выдержавшим испытание временем. Приоритет в разработке критериев принадлежит крупнейшему отечественному педиатру А.А. Киселю (1939, 1940), который дал блестящее описание основных проявлений этого заболевания, назвав их абсолютным симптомокомплексом болезни. К ним относятся полиартрит, поражение сердца, хорея, ангулярная эритема, ревматические узелки. Несколько позднее (1944) критерии для распознавания ОРЛ были сформулированы и опубликованы американским исследователем T.D. Jones. В дальнейшем они были неоднократно (1956, 1965, 1984, 1992) модифицированы АКА. Результаты исследований последних лет побудили экспертов АКА к очередному пересмотру данных критериев (табл. 1). В качестве причин этого рассматривались по крайней мере три обстоятельства: эпидемиологическая ситуация с ОРЛ, клинический полиморфизм заболева-

ния, а также активное и повсеместное внедрение эхокардиографии (ЭхоКГ) в широкую клиническую практику.

Признавая несомненную заслугу разработчиков — экспертов АКА, следует подчеркнуть, что данный вариант пересмотренных критериев Джонса является несомненным «шагом вперед» в отношении совершенствования диагностики ОРЛ. В работе использованы принципы доказательной медицины. Многие положения следует считать ценными, затрагивающими принципиально важные аспекты, но отдельные утверждения, на наш взгляд, являются дискуссионными и нуждаются в обсуждении.

Для оптимизации первичной диагностики ОРЛ предлагается использовать принципы, предложенные в австралийских национальных рекомендациях, позволяющие оценить каждого представителя той или иной популяции с позиции риска развития ОРЛ. Он считается низким при регистрируемой заболеваемости ОРЛ <2 на 100 тыс. детского населения (в возрасте 5–14 лет) либо при регистрируемой частоте ХРБС в общей популяции <1 случая на 1000 населения. Дети, не относящиеся к популяции низкого риска, должны быть отнесены к группам умеренного или высокого риска. Подобный подход вполне понятен, учитывая стремление авторов к устранению гипердиагностики в популяциях с низкой частотой ОРЛ и гиподиагностики в популяциях высокого риска. Однако в странах, где имеются существенные региональные различия по частоте ОРЛ и ХРБС, например в Российской Федерации, применение вышеуказанного принципа представляется практически неосуществимым.

В модифицированном варианте критериев авторы предлагают различный подход к оценке суставного синдрома. Для пациентов из популяций высокого/умеренного риска не только полиартрит, но и моноартрит или полиартралгии могут рассматриваться как большой критерий ОРЛ. Кроме того, для популяции высокого/умеренного риска предлагается трактовать моноартралгии как малый критерий ОРЛ. Однако подобный подход не может расцениваться

680009 Хабаровск, ул.
Краснодарская, 9

¹V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Moscow, Russia; ²Volgograd State Medical University, Ministry of Health of Russia, Volgograd, Russia; ³N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia; ⁴European Medical Center, Moscow, Russia; ⁵Ivanovo State Medical University, Ministry of Health of Russia, Ivanovo, Russia; ⁶Kemerovo State Medical University, Ministry of Health of Russia, Kemerovo, Russia; ⁷Kazan State Medical University, Ministry of Health of Russia, Kazan, Russia; ⁸Medical Institute, Tula State University, Ministry of Education and Science of Russia, Tula, Russia; ⁹Institute for Postgraduate Training of Healthcare Specialists, Ministry of Health of the Khabarovsk Territory, Khabarovsk, Russia
¹34A, Kashirskoe Shosse, Moscow 115552;
²1, Pavshikh Bortsov Square, Volgograd 400131;
³1, Ostrovityanov St., Moscow 117997;
⁴35, Shchepkin St., Moscow 129090;
⁵8, Sheremetevsky Prospekt, Ivanovo 153012; ⁶22a, Voroshilov St., Kemerovo 650029;
⁷49, Butlerov St., Kazan 420012; ⁸128, Boldin St., Tula 300028;
⁹9, Krasnodarskaya St., Khabarovsk 680009

Контакты: Борис
Сергеевич Белов,
belovbor@yandex.ru

Contact:
Boris Belov;
belovbor@yandex.ru

Поступила 21.03.16

Таблица 1 Пересмотренные критерии Джонса для диагностики ОРЛ [1]

А. Доказательства предшествующей БГСА-инфекции глотки для всех групп больных	
Популяции низкого риска	В. Большие критерии
	Популяции умеренного или высокого риска
Полиартрит	Кардит клинический и/или субклинический
	Артрит
Популяции низкого риска	Моноартрит или полиартрит
	Полиартралгии
Полиартралгии	Хорея
	Кольцевидная эритема
Лихорадка ($\geq 38,5$ °C)	Ревматические узелки
	С. Малые критерии
СОЭ ≥ 60 мм/ч и/или СРБ $\geq 3,0$ мг/дл	Популяции умеренного или высокого риска
	Моноартралгии
Удлинение интервала P–R на ЭКГ с учетом возрастных изменений (если кардит не является большим критерием)	Лихорадка (≥ 38 °C)
	СОЭ ≥ 30 мм/ч и/или СРБ $\geq 3,0$ мг/дл
Первичная ОРЛ	2 больших критерия или 1 большой плюс 2 малых критерия
Повторная ОРЛ (при наличии в анамнезе верифицированной ОРЛ или имеющейся ХРБС)	2 больших критерия, или 1 большой плюс 2 малых критерия, или 3 малых критерия

Примечание. БГСА – бета-гемолитический стрептококк группы А, СРБ – С-реактивный белок, ЭКГ – электрокардиография, ХРБС – хроническая ревматическая болезнь сердца.

как абсолютно корректный, поскольку включение стойкого моноартрита в основные критерии ОРЛ даже для определенного контингента (высокого и умеренного риска) неизбежно повлечет не только гипердиагностику ОРЛ, но и гиподиагностику инфекционного артрита. В последнем случае задержка с диагнозом и назначением адекватной терапии чревата развитием септического процесса с возможным летальным исходом (!). Что касается полиартралгий, фигурирующих в качестве большого критерия ОРЛ в популяции высокого и умеренного риска, то при таком подходе также очень высока вероятность гипердиагностики ОРЛ, поскольку у детей и подростков нередко имеют место боли в суставах невоспалительного генеза в сочетании с гипермобильным синдромом и пролапсом митрального клапана.

Общепризнано, что кардит является ведущим синдромом ОРЛ, который определяет тяжесть течения и исход заболевания. Основоположающим компонентом кардита считается вальвулит (преимущественно – митрального, реже – аортального клапана), клинически проявляющийся органическим сердечным шумом. Поражение сердца по типу изолированного миокардита при отсутствии вальвулита рассматривается как не характерное для ОРЛ. В связи с этим особое внимания заслуживают появившиеся в литературе последних лет описания случаев так называемого неревматического постстрептококкового миокардита. Последний, по мнению абсолютного большинства авторов, не является каким-либо субтипом ОРЛ, а, напротив, представляет собой отдельную нозологическую форму, подобно неревматическим миокардитам иной этиологии (в частности, вирусной), в основе которых лежит непосредственное повреждение миокардиальных структур.

Особое внимание в последние годы уделяется диагностике так называемого субклинического кардита, при котором аускультативные

симптомы клапанной дисфункции либо отсутствуют, либо не распознаются врачом, а доказательством поражения эндокарда служат признаки митрального или аортального вальвулита, выявляемые при доплеровской ЭхоКГ. В связи с этим вполне обоснованно утверждение о необходимости проведения доплеровской ЭхоКГ во всех случаях предполагаемой или подтвержденной ОРЛ. Более того, целесообразно выполнять серийные доплеровские эхокардиографические исследования у любого больного с диагностированной или предполагаемой ОРЛ даже при отсутствии подтвержденного кардита. Однако при подобном подходе, особенно в случаях субклинического кардита как единственного большого критерия, безусловно, важны качественное выполнение ЭхоКГ и точная интерпретация полученных данных опытным специалистом. В противном случае частота диагностических ошибок может существенно возрасти, тем более что проведение четкого разграничения ОРЛ и ХРБС на основании только эхокардиографических критериев возможно далеко не всегда.

Другие большие критерии ОРЛ – хорея Сиденгама, кольцевидная эритема и ревматические узелки – пересмотру не подвергались. Следует отметить, что в рекомендациях представлены очень скудные данные по постстрептококковому реактивному артриту и отсутствует упоминание о специфическом синдроме, обозначаемом аббревиатурой PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorder associated with group A Streptococcal infection – педиатрическое аутоиммунное нейropsychиатрическое расстройство, ассоциированное с инфекцией, вызванной стрептококком группы А).

Из малых критериев ОРЛ основной упор сделан на лихорадку, которая, согласно критериям 1992 г., должна превышать 39 °C (при

Таблица 2 Классификация и номенклатура ревматической лихорадки (Ассоциация ревматологов России) [2]

Клинические варианты	Клинические проявления		Исход	Стадия НК	
	основные	дополнительные		КСВ*	НУНА**
ОРЛ	Кардит	Лихорадка	Выздоровление	0	0
Повторная ревматическая лихорадка	Артрит Хорея Кольцевидная эритема Ревматические узелки	Абдоминальный синдром Серозиты	Хроническая ревматическая болезнь сердца: – без порока сердца*** – порок сердца****	I IIA IIB III	I II III IV

Примечания. * КСВ – по классификации Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко; ** – функциональный класс по НУНА; *** – возможно наличие поствоспалительного краевого фиброза клапанных створок без регургитации, которое уточняется с помощью ЭхоКГ; **** – при наличии впервые выявленного порока сердца необходимо, по возможности, исключить другие причины его формирования (инфекционный эндокардит, первичный антифосфолипидный синдром, кальциноз клапанов дегенеративного генеза и др.).

оральной термометрии). Вместе с тем отмечено, что при использовании в качестве порогового значения $\geq 38^\circ\text{C}$ чувствительность данного признака повышается до 75%, а при пороговом значении $>37,5^\circ\text{C}$ – до 90%. Важно учитывать и влияние антипиретиков, а также нестероидных противовоспалительных препаратов на выраженность лихорадки. Общепринятым остается мнение, что в популяциях низкого риска ОРЛ, как правило, характеризуется повышением оральной температуры $\geq 38,5^\circ\text{C}$. В большинстве случаев увеличение СОЭ ≥ 60 мм/ч считается типичным для ОРЛ. Однако некоторые эксперты рассматривают увеличение СОЭ ≥ 30 мм/ч в качестве малого критерия для популяций высокого и умеренного риска. По другим малым критериям ОРЛ (повышение уровня СРБ, удлинение интервала P–R) существенных различий между популяциями высокого и низкого риска не обнаружено.

Наряду с этим отмечается, что абдоминалгии, тахикардия, слабость, анемия, лейкоцитоз, носовые кровотечения, прекардиальная боль, наблюдаемые у пациентов с ОРЛ, не являются специфичными и не всегда полезны в диагностическом плане. Это в равной степени может быть отнесено и к лабораторным маркерам воспаления.

По-прежнему обязательным условием постановки диагноза ОРЛ является подтвержденная связь клинической картины заболевания с перенесенной инфекцией глотки, вызванной БГСА, верифицированной микробиологическими и/или иммунологическими методами.

Заслуживает одобрения тот факт, что в обсуждаемых рекомендациях приведены конкретные критерии для верификации диагноза повторной ОРЛ. В подобных случаях при достоверном наличии в анамнезе ОРЛ или диагностированной ХРБС, а также документированной БГСА-инфекции для диагноза может быть достаточно двух больших, или одного большого и двух малых, или трех малых критериев. В то же время наличие только малых критериев требует проведения тщательной дифференциальной диагностики до того, как будет диагностирована повторная атака ОРЛ.

На заседании круглого стола при обсуждении данных критериев положительная оценка была дана экспертами и предложению, касающемуся диагноза «возможная ОРЛ». Существует настоятельная практическая потребность выделить группу пациентов, которые не соответствуют на момент обследования критериям ОРЛ, но у которых весьма вероятно развитие ХРБС в последующем. Для профилак-

тики клапанных поражений у данной категории больных целесообразно рассматривать 12-месячную вторичную профилактику с последующим повторным обследованием, включая тщательный сбор анамнеза, физикальное исследование и повторную ЭхоКГ. В то же время остается не совсем понятным, как учитывать таких пациентов, дабы избежать гипердиагностики и получения некорректных статистических данных по первичной заболеваемости ОРЛ.

Таким образом, целый ряд положений, приведенных в новых рекомендациях, заслуживают одобрения. Прежде всего это касается необходимости учета риска развития ОРЛ у каждого пациента, принимая во внимание эпидемиологическую ситуацию в регионе его проживания. Не менее важным моментом является потребность в верификации вальвулита как проявления субклинического кардита с помощью доплеровской ЭхоКГ, а также более внимательное отношение к анализу суставного синдрома при ОРЛ. В то же время определенные положения остаются дискуссионными. Не всегда возможно четкое разделение регионов на популяции высокого и низкого риска по заболеваемости ОРЛ. Возникают сомнения в отношении адекватности включения моноартрита и/или полиартралгий в основные критерии ОРЛ даже в популяции высокого риска. Существующие эхокардиографические критерии не всегда позволяя четко разграничить субклинический кардит и ХРБС. В целом, пересмотренные критерии Джонса имеют значение для регионов с высокой частотой ОРЛ. Однако их применение на территории России проблематично вследствие больших межрегиональных различий по частоте ОРЛ. **Внесение изменений в существующую российскую классификацию и номенклатуру ОРЛ (табл. 2) представляется преждевременным.**

Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Все авторы принимали участие в разработке концепции и дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование, лекции или гранты по теме исследования.

ЛИТЕРАТУРА

- Gewitz MH, Baltimore RS, Tani LY, et al. Revision of the Jones Criteria for the diagnosis of acute rheumatic fever in the era of Doppler echocardiography: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2015;131(20):1806–18. doi: 10.1161/CIR.0000000000000205
- Насонова ВА, Кузьмина НН, Белов БС. Классификация и номенклатура ревматической лихорадки. Научно-практическая ревматология. 2004;42(2):48–52 [Nasonova VA, Kuz'mina NN, Belov BS. Classification and nomenclature of rheumatic fever. *Rheumatology Science and Practice = Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya*. 2004;42(2):48–52 (In Russ.)].