УДК: 616.126.3-02:616.12-002.77-036.8

ЛЕТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У БОЛЬНЫХ СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

О.А.Обухова¹, О.О.Орехов², В.В.Цурко³, П.Ф.Калитеевский²

РЕЗЮМЕ

Проанализированы истории болезни и протоколы вскрытий 63 умерших больных с ревматическими пороками сердца (РПС) в ГКБ №67 за последние 5 лет. В 32 случаях был обнаружен сочетанный митральный, в 29 - комбинированный аортально-митральный и в 2 - аортальный порок. В 12 случаях клапанное поражение было установлено лишь на секции. Основными причинами ошибок в диагностике РПС являлись тяжелое общее состояние поступивших больных и, как следствие, их кратковременное пребывание в стационаре с быстрым летальным исходом, не позволившие собрать анамнез заболевания и выполнить полноценное обследование сердечно-сосудистой системы.

Ключевые слова: *ревматические пороки сердца, сердечная недостаточность, летальность.*

За последние 50 лет в лечении острой ревматической лихорадки (ОРЛ) достигнуты заметные успехи, однако проблема ревматизма не потеряла своего значения, несмотря на значительное снижение заболеваемости [3]. Отечественная ревматологическая школа в понятие "ревматизм" (болезнь Сокольского-Буйо) вкладывает не только острые эпизоды (ОРЛ), но и все этапы развития болезни вплоть до формирования клапанных пороков сердца (РПС) и развития сердечной недостаточности [6].

В последние годы снижение заболеваемости сменилось стойкой стабилизацией показателей, однако существует вероятность вспышки ОРЛ вследствие высокой распространенности инфекции верхних дыхательных путей, вызываемой стрептококком группы А [1, 2, 10, 12, 13]. В России дополнительными факторами возможной вспышки ОРЛ являются снижение социально-экономического уровня жизни и ухудшение медицинской помощи населению [1]. Поэтому, несмотря на стабильно невысокий уровень заболеваемости ОРЛ, распространенность РПС остается относительно высокой [7].

Изменившееся течение ОРЛ в сторону латентных и малосимптомных вариантов болезни затрудняет раннюю диагностику первичного ревмокардита и начального периода формирования порока сердца [5]. Исчезновение тяжелых форм кардита приводит к увеличению числа больных РПС, не подозревающих о своем состоянии, и у врача отсутствует такой важный диагностический критерий, как "ревматический" анамнез.

Несмотря на то, что РПС формируются в молодом возрасте, лечебно-профилактические мероприятия и эволюционно-приспособительные механизмы в организме человека приводят к тому, что больные часто переживают 50-летний возраст [6]. В литературе известны наблюдения благоприятного течения РПС, в частности, комиссуральных стенозов, с длительным периодом компенсации у лиц пожилого и старческого возраста [4].

Данные мировой статистики указывают на сохраняющийся определенный уровень смертности от ОРЛ как первичной, так и рецидивирующей, основная часть которой приходится на возрастную группу до 35 лет. Летальность при РПС в старших возрастных группах сопоставима с таковой при лейкозах [3, 8]. Однако за последние 15 лет данные по летальности от ОРЛ и РПС в Москве вообще не

публиковались [9]. Нужно отметить, что структура летальных исходов существенно различается в зависимости от общего уровня жизни больных и качества медицинской помощи, времени и места проведения патолого-анатомического исследования. Поэтому показатели летальных исходов в скорпомощной больнице будут иметь свои особенности и отличаться от аналогичных показателей стационаров с плановой госпитализацией.

В связи с этим была поставлена задача провести клинико-анатомический анализ летальных исходов больных с РПС за пятилетний период по материалам ГКБ №67.

Материал и методы

Проанализированы истории болезни и протоколы вскрытий 63 больных (43 жен и 20 муж) с РПС в возрасте от 45 до 83 лет, находившихся в клинике с 1996 по 2000 гг.

Во всех случаях проводилось морфогистологическое исследование сердца. Материал для гистологического исследования (кусочки различных отделов сердца) фиксировался в 10 % нейтральном формалине. Парафиновые срезы окрашивались гематоксилином и эозином, выборочно - толуидиновым синим. При оценке гистологических данных использовались морфологические критерии активного ревматического кардита по М.Kuschner и L.Levieff [12], включающие гранулемы Ашоффа-Талалаева и бородавчатый эндокардит клапанов. При бородавчатых наложениях на клапанах различали ревматический эндокардит и небактериальный тромботический эндокардит [15].

Результаты и обсуждение

Возраст умерших женщин с РПС был выше по сравнению с мужчинами (72,5 и 57,3 года соответственно). Меньшая средняя продолжительность жизни мужчин, по-видимому, была обусловлена тем, что у них чаще отмечалось комбинированное клапанное поражение сердца, что располагало к более тяжелому течению и, следовательно, более раннему летальному исходу.

Отличительной чертой всех больных, поступивших в стационар, являлась тяжесть состояния. 10 (15,9%) пациентов с тромбоэмболией легочной артерии были госпитализированы в крайне тяжелом состоянии в реанимационное отделение. Другие 12 (19%) больных были госпитализированы в связи с острым нарушением мозгового кровообращения, 4 (6,3%) - с клиникой "острого живота". Остальные пациенты (58,8%) были доставлены в стационар с симпто-

¹МГМСУ (Московский государственный медицинский стоматологический университет, ²ГКБ №67, ³ММА им И.М.Сеченова

мами тяжелой сердечной недостаточности: анасаркой, сердечной астмой, гидротораксом.

У 51 пациента РПС диагностированы прижизненно, у 12 - по результатам анализа секционного материала. Во всех случаях был поражен митральный клапан: отмечались утолщения, склероз и сращение створок клапана с формированием порока по типу "рыбьего рта", укорочение и утолщение хорд.

У 32 (50,8%) больных выявлялся сочетанный митральный порок с преобладанием либо стеноза, либо недостаточности митрального клапана. В 29 случаях (46%) диагностированы многоклапанные комбинированные пороки сердца: сочетанный митральный порок, аортальная недостаточность или стеноз устья аорты. Лишь в 2 случаях (3,2%) выявлен сочетанный аортальный порок.

В 12 случаях (19%) поражение клапанного аппарата сердца было установлено только патологоанатомически. Постановку прижизненного диагноза затрудняли сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, атеросклеротический кардиосклероз и/или сердечная недостаточность, хроническая патология органов дыхания и др. По данным результатов анализа историй болезни и амбулаторных карт установлено, что "ревматический" анамнез у этих больных или отсутствовал, или сбор его при поступлении в стационар был невозможен в связи с тяжестью состояния (сопор или кома) и кратковременностью пребывания в стационаре. Родственники не были осведомлены о наличии у последних РПС, не имелось соответствующих записей и в амбулаторных картах больных. При физикальном обследовании отмечались мерцательная аритмия, систолический шум на верхушке и/или над аортой. На ЭКГ у этой группы больных отмечались признаки гипертрофии левого желудочка, мерцательная аритмия; отсутствовали типичные признаки митральных пороков ("правограмма" и "P-mitrale"), что также затрудняло диагностику РПС.

Аускультативная картина шумов в сердце у больных пожилого возраста представляет значительные диагностические трудности. Сложность выявления митрального стеноза у таких пациентов обусловлена трудностью определения диастолического шума, эпицентр которого может смещаться в подмышечную область или не улавливаться при тахисистолии мерцания предсердий. Кроме того, у пожилых реже выслушивается "хлопающий" I тон и щелчок открытия митрального клапана [9]. При одновременном наличии митральной недостаточности аускультативная картина заглушается более грубым систолическим шумом.

Аортальные РПС у пожилых больных тоже представляют трудности для диагностики. Шумы, выявляемые аускультативно, как по месту наилучшего выслушивания, так и по тембру существенно не отличаются при ревматических и атеросклеротических поражениях аорты и ее клапанов, за исключением протодиастолического, который при РПС чаще выслушивается в точке Боткина-Эрба, а при атеросклерозе - над аортой. Однако увеличение продолжительности жизни больных с РПС приводит к учащению сочетания этих пороков с атеросклеротическими [6]. Электрокардиографические признаки пороков сердца у пожилых людей малоинформативны. Типичная для митральных пороков "правограмма" встречается редко, в связи с сопутствующей мерцательной аритмией отсутствует типичный "P-mitrale", амплитуда зубцов "R" увеличивается в левых грудных отведениях, что свидетельствует о преобладании левого желудочка.

Таким образом, у пожилых больных постановка диагноза РПС связана с определенными трудностями, обусловленными возрастными изменениями сердечно-сосудистой системы.

У 10 больных (15,9%) с РПС по клинко-морфологи-

ческим данным выявлены признаки активного ревмокардита. Непосредственной причиной их смерти явилась

Таблица

Причины смерти больных ревматическими пороками сердца (n=63)

Причина смерти	Число больных, n	Средний возраст, годы
Застойная сердечная недостаточность	30	55,3±11,8
Тромбоэмболический синдром:	26	66,2±6,5
- тромбоэмболия легочной артерии	10	60,0±3,8
- острое нарушение мозгового кровообращения	12	67,2±2,8
- гангрена кишечника	4	79,8±1,5
Острый инфаркт миокарда	4	71,0±3,0
Инфекционный эндокардит	3	66,4±7,0

нарастающая сердечная недостаточность и тромбоэмболия легочной артерии на фоне возвратного бородавчатого эндокардита. В 53 случаях (84,1%) признаков ревматической активности не было выявлено.

Основными причинами смерти пожилых больных с РПС по результатам наших исследований являлись застойная сердечная недостаточность - в 30 (47,6%) и тромбоэмболический синдром - в 26 (41,3%) случаях. В 3 случаях на фоне порока был обнаружен инфекционный эндокардит, в 4 развилась острая сердечная недостаточность, обусловленная острым инфарктом миокарда (таблица). Тромбоэмболический синдром протекал с поражением сосудов головного мозга, легких или кишечника и был обусловлен как тромбоэндокардитом на фоне мерцательной аритмии и выраженной недостаточности кровообращения, так и ревматическим бородавчатым эндокардитом. И застойная сердечная недостаточность, и тромбоэмболический синдром - в равной мере прогностически неблагоприятные осложнения РПС. Тромбоэмболический синдром, согласно полученным данным, возникал у больных в возрасте от 60,0±3,8 до 79,8±1,5 лет, тогда как сердечная недостаточность являлась причиной смерти больных с РПС в среднем возрасте 55,3±11,8 лет.

Выводы

1. Основными причинами смерти больных РПС являлись тромбоэмболические осложнения и тяжелая сердечная недостаточность.
2. У 15,9% больных активность ревматического процесса была выявлена прижизненно и в последующем подтверждена на аутопсии.
3. У 12% больных ревматические поражения клапанного аппарата сердца были выявлены только в результате патолого-анатомического исследования, что свидетельствует о необходимости оптимизации их прижизненной диагностики.
4. Среди причин недиагностированных РПС были тяжелое общее состояние больных и кратковременность их пребывания в стационаре.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохин В.Н. О динамике первичной ревматической лихорадки, Вестник РГМУ, 1999, 5 (10), 7 - 14.
2. Белов Б.С. Острая ревматическая лихорадка. РМЖ, 1998, 6, 5 - 8.
3. Беневоленская Л.И., Бржезовский М.М. Эпидемиология ревматических болезней. М., Медицина, 1998, 240.
4. Горохова С.Г. Особенности ревматического митрального стеноза у лиц пожилого и старческого возраста. Клини. геронтология, 1996, 3, 21-25.
5. Диагностика и лечение заболеваний сердца у лиц пожилого возраста (пороки сердца, инфекционный эндокардит). Пособие для врачей. Составители: Шостак Н.А., Виноградова Т.Л., Буткевич О.М. и др., М., РГМУ, 2001, 8-19
6. Дорофеева Г.Д., Чалая Л.Ф. Катамнез больных, перенесших ревматическую атаку в детском возрасте. Педиатрия, 1984, 11, 27 - 30.
7. Коркушко О.В. Клиническая кардиология в гериатрии. М., Медицина, 1980, 288.
8. Насонова В.А. Ревматизм. В кн.: Клиническая ревматология. М., Медицина, 1989, 3 - 7.
9. Насонова В.А., Фоломеева О.М., Амирджанова В.Н., Логинова Е.Ю. Анализ смертности в связи с ревматическими заболеваниями (по материалам Ежегодника мировой статистики, 1992 г.) Клини.ревматол., 1996, 3, 41 - 47.
10. Насонова В.А. Ревматическая лихорадка (ревматизм) в XX веке. Тер.архив, 1998, 9, 41 - 44.
11. Ревматизм и ревматическая болезнь сердца. Доклад исследовательской группы ВОЗ. Женева, 1989, 57.
12. Jones criteria (Revised) for Guidance in the diagnosis of rheumatic fever. Ibid. 1984, 69, 204.
13. Kuschner N., Levieff L. Amer.J.Sci., 1953, 226, 290-295.
14. Pope R.M. Rheumathishes Fieber in den 1980er Jahren. EULAR Bull., 1990, 9, 5-12.
15. Vucotic D. Pilipovic N., Radak-Petrovic M. XVII ILAR Congress of Rheumatology: Abstracts. Rio de Janeiro. 1989, 82.
16. Wallach J. Borgatta E.F., Angist A.A. Rheumatic heart disease. Springfield, 1962, 123.

Поступила 05.11.2001

Abstract

Lethal outcomes in middle-aged and elderly patients with rheumatic heart diseases

O.A. Oboukhova, O.O. Orekhov, V.V. Tsourko, P.F. Kaliteyevsky

Medical cases and autopsy reports of 63 died pts with rheumatic heart disease (HD) have been investigated during last 5 years. There were 43 female and 20 male aged 45 to 83 years. Mixed mitral HD was revealed in 32, combined aortal - mitral HD in 29 and aortal HD in 2 cases. In 12 cases valve lesions were detected only on autopsy. Main reason for incorrect diagnosis of HD was grave condition of the pts which resulted in short duration of hospitalization and quick death.

Key words: rheumatic heart disease, heart failure, mortality.