

АОРТАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ДЕГЕНЕРАТИВНОГО ГЕНЕЗА

Б. Е. Королев, В. А. Яковлев, Е. Г. Таинкина

ФГУ 104 консультативно-диагностическая поликлиника ЛенВО, Российская военно-медицинская академия, г. Санкт-Петербург

Исследование рассматривает причины нередкого запаздывания диагностики недостаточности аортального клапана дегенеративного генеза у лиц пожилого возраста, возможности ее выявления с помощью клинического обследования и стандартных методов диагностики, обычно используемых на догоспитальном этапе. Уменьшение заболеваемости ревматизмом и старение населения изменило структуру приобретенных пороков сердца в пользу пороков дегенеративного (атеросклеротического) генеза. Внедрение в практику работы лечебных учреждений высокочувствительного цветного доплеровского сканирования позволило выявлять субклинические формы таких пороков. Работа нашего учреждения свидетельствует о большой распространенности аортальной недостаточности (АН) дегенеративного генеза (дегенеративной аортальной недостаточности, ДАН) среди лиц пожилого возраста, конкурирующей по частоте с дегенеративным аортальным стенозом (ДАС), утвердившимся на третьем месте после ишемической болезни сердца (ИБС) и гипертонической болезни (ГБ). ДАН вплоть до настоящего времени остается мало изученной. Среди доступных нам литературных источников мы не нашли сообщений об особенностях клинического течения и диагностике ДАН. Вместе с тем нередки случаи позднего выявления данного порока на такой стадии и в той степени декомпенсации, которая делает невозможным протезирование аортального клапана у пациентов пожилого возраста и исключает надежду на эффективное медикаментозное профилактическое лечение (возможность последнего не доказана и является предметом дискуссий). Целью настоящего исследования стало выяснение причин такого запаздывания. В нашей поликлинике в течение последних 2-х лет при амбулаторном обследовании по поводу ишемической болезни сердца, гипертонической болезни у 48 пациентов при эхокардиографическом исследовании выявлена ДАН (у 28 – 1-й ст., у 16 – 2-й, у 4-х – 3). При данном исследовании учитывалась только изолированная АН или АН в сочетании с легким ДАС, случаи сочетанного аортального порока с ведущим ДАС в исследование не включались. Все пациенты – мужчины, без ревматизма и инфекционного эндокардита в анамнезе, средний возраст 74 года. Ни у кого из вышеуказанных пациентов ранее АН не диагностировалась. Манифестное течение с проявлениями сердечной недостаточности 2а–2б класса имело место у 3-х пациентов. Протезирование аортального клапана у вышеуказанных пациентов оказалось невозможным в связи с наличием противопоказаний. Умер 1 пациент 81 года с ДАН 3 ст. с прогрессирующей сердечной недостаточностью. В целях выявления особенностей клинического течения ДАН проведено сравнение группы пациентов с ДАН с группой из 30 пациентов такого же возраста без порока сердца (что было установлено при эхокардиографии), с (ИБС ГБ) с такими же клиническими проявлениями, что и в первой группе. Применялись клинический, эхокардиографический, электрокардиографический, рентгенологический и лабораторный методы исследования, при необходимости осмотр кардиохирурга. Наблюдение показало, что для ДАН в большинстве случаев характерно скрытое, бессимптомное течение. По клинической характеристике (степени выраженности стенокардии, артериальной гипертензии, сердечной недостаточности) пациенты с выявленной ДАН не отличались от пациентов группы сравнения. Клинические симптомы АН в «классическом» ее варианте отсутствовали или были скрыты за инволютивными изменениями у лиц пожилого возраста, за симптоматикой ИБС и ГБ. Диастолический шум АН выслушивался только у 3-х пациентов (в 3% случаев). Сердечная недостаточность, когда она имела место, могла рассматриваться как проявление других имеющихся заболеваний. Как показало наше исследование, обычно используемые в практике амбулаторного диспансерного наблюдения инструментальные и лабораторные методы диагностики не обладают достаточной информативностью и специфичностью для диагностики ДАН. На флюорограмме расширение сердца влево среди пациентов с ДАН выявлялось у 6 пациентов из 48 (в группе сравнения у 2-х). Электрокардиографически у пациентов с ДАН в половине случаев выявлялась гипертрофия левого желудочка, в трети случаев с признаками диастолической его перегрузки (последнее изменение чаще встречалось при изолированной ДАН), в остальных случаях выявлялись нехарактерные изменения реполяризации. В 40% случаев на электрокардиограмме выявлялись блокады ножек пучка Гиса (в группе сравнения в 10%). У 15 пациентов из 48 выявлялись нарушения сердечного ритма, чаще мерцательная аритмия. При исследовании крови у пациентов с ДАН выявлялся атерогенный сдвиг липидного спектра, более выраженный, чем в группе сравнения. Таким образом, наше исследование показало, что диагностика ДАН на поликлиническом этапе затруднена особенностями клинического течения заболевания у лиц пожилого возраста, недостаточной информативностью обычно используемых на этом этапе обязательных стандартных («рутинных») методов исследования, к числу которых пока не относится надежно выявляющая этот порок эхокардиография. Эхокардиографическое исследование пациентов с ДАН позволило сделать вывод, что причиной аортальной регургитации как проявления АН являлись: 1) дегенеративные изменения аортальных полулуний с их кальцинозом, 2) расширение корня аорты, 3) сочетание обоих факторов, ведущих к несмыканию створок клапана. Необходимо также отметить, что при эхокардиографическом исследовании пациентов с ДАН, помимо аортальной регургитации, был выявлен ряд изменений, отличающих этих пациентов от группы сравнения: умеренная дилатация левого желудочка с диастолическим размером последнего в среднем 5,8 см (в группе сравнения 4,9 см), увеличение массы миокарда и индекса массы миокарда левого желудочка до 199,15 г и 104,7 г/м кв. соответственно (в группе сравнения до 178,8 г и 80 г/м кв. – расчет производился по методике «площадь

– длина»), выраженная диастолическая дисфункция левого желудочка ригидного типа с $E/A = 0,6$, ВИВРлж в среднем 140 мсек и ВЗРДНлж в среднем 275 мсек (в группе сравнения 0,8, 110 мсек и 170 мсек). Среди пациентов с тяжелой ДАН в 3-х случаях выявлялся псевдонормальный и рестриктивный типы диастолической дисфункции, который в группе сравнения не встречался.

Мы рекомендуем проведение эхокардиографии пациентам с выявленной ДАН 1 раз в 2 года при АН 1 ст., 1 раз в год при 2 ст., консультацию кардиохирурга при ДАН 2 и 3 ст..

ЛИТЕРАТУРА

1. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2009. Т. 11. № 4.
2. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2008. Т. 10. № 4.
3. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2007. Т. 9. № 4.
4. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2006. Т. 8. № 4.
5. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2005. Т. 7. № 4.
6. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2004. Т. 6. № 4.
7. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2003. Т. 5. № 4.
8. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2002. Т. 4. № 1.
9. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2001. Т. 3. № 1.
10. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2000. Т. 2. № 1.
11. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2009. Т. 11. № 12.
12. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2008. Т. 10. № 12.
13. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2007. Т. 9. № 12.
14. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2006. Т. 8. № 12.
15. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2005. Т. 7. № 12.
16. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2004. Т. 6. № 12.
17. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2003. Т. 5. № 12.
18. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2002. Т. 4. № 1.
19. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2001. Т. 3. № 1.
20. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2000. Т. 2. № 1.