Редкий вариант поражения клапанного аппарата сердца при ревматоидном артрите

Л.И.Фейсханова[1], Г.А.Низамова[1], Р.З.Абдракипов
[1]Казанский государственный медицинский университет Минздрава России, Казань
[2]Республиканская клиническая больница Минздрава Республики Татарстан, Казань

Описывается случай крайне редкого осложнения ревматоидного артрита – абсцесс передней створки митрального клапана с ее перфорацией. Приводится описание наблюдения за пациентом 55 лет, который в течение 6 лет страдал серопозитивным ревматоидным артритом, получал базисную терапию, процедуры плазмафереза, а в 2015 г. поступил в стационар с ухудшением состояния. В ходе чреспищеводной эхокардиографии был обнаружен абсцесс передней створки митрального клапана с перфорацией митрального клапана. Пациенту было проведено кардиохирургическое вмешательство и продолжено лечение ревматоидного артрита. Абсцесс передней створки митрального клапана является тяжелым, хотя и редким, проявлением кардиоваскулярной патологии у пациента с ревматоидным артритом.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, осложнение, абсцесс створки митрального клапана.

A Rare Variant of Cardiac Valvular Apparatus Destruction in Rheumatoid Arthritis

L.I.Feyskhanova[1], G.A.Nizamova[1], R.Z.Abdrakipov[2]
[1]Kazan State Medical University, Ministry of Health of Russia, Kazan
[2]Republican Clinical Hospital of Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, Kazan

The article describes an interesting clinical case of the quite rare complication of the rheumatoid arthritis – an abscess of the anterior mitral valve leaflet with its perforation. The article has a description of the monitoring of 55 years old patient who for 6 years suffered seropositive rheumatoid arthritis, he received basic therapy, undertook plasmapheresis procedures, and in 2015 he entered the hospital with a worsening of his condition. An abscess of the mitral valve anterior leaflet with its perforation was found on the transesophageal echocardiography on this admission. The patient has undergone cardiosurgical intervention and continued treatment of rheumatoid arthritis. Abscess of the anterior leaflet of the mitral valve is a serious, though rare manifestation of cardiovascular disease in patients with rheumatoid arthritis.

Keywords: rheumatoid arthritis, complication, abscess of the mitral valve leaflet.

Распространенность ревматоидного артрита среди взрослого населения составляет 0,5–2% (у женщин старше 65 лет – около 5%), Соотношение женщин к мужчинам 2–3:1. Поражаются все возрастные группы, включая детей и лиц пожилого возраста. Пик начала заболевания 40–55 лет.

К сожалению, часто ревматоидный артрит не ограничивается поражением суставов. Это заболевание может вовлекать другие органы и системы, что и происходит в 8–12% случаев [1]. Среди многих внесуставных осложнений (поражение скелетных мышц, кожных покровов, лимфоаденопатия, поражение желудочно-кишечного тракта, легких и плевры, почек) поражение сердечно-сосудистой системы клинически проявляется не так часто, но, по данным патолого-анатомических исследований, – в 50–60% случаев, являясь одним из самых значимых внесуставных проявлений [2]. Действительно, у пациентов с ревматоидным артритом кардиоваскулярная патология развивается намного раньше, чем в популяции, и причинами ее могут быть как само заболевание, так и кардиотоксичность лекарственных препаратов, используемых этими лицами [3, 4].

Поражение сердца при ревматоидном артрите включает в себя разные формы: перикардит, миокардит, эндокардит, поражение проводящих путей сердца, коронарный артериит и очень редко гранулематозное воспаление клапанов сердца [5–9]. Аутоиммунный кардит при ревматоидном артрите чаще всего протекает с вовлечением эндокарда в воспалительный процесс и обусловлен иммунопатогенетическими механизмами. Важную роль в этих процессах играют CD4+, Т-клетки и провоспалительные макрофаги [10]. Поражение клапанного аппарата носит разнообразные формы. Это и недостаточность митрального, аортального, трикуспидального клапанов, узелки на створках клапанов, стеноз отверстия аортального клапана, утолщение и кальцинирование створок митрального и аортального клапанов, пролапс митрального клапана [11].

Представляем интересный, на наш взгляд, клинический случай крайне редкого варианта поражения сердца при ревматоидном артрите. Речь идет об абсцессе передней створки митрального клапана с ее перфорацией при ревматоидном артрите.

Пациент М., 55 лет поступил в ноябре 2015 г. в ревматологическое отделение ГАУЗ Республиканская клиническая больница МЗ РТ с жалобами на одышку при физической нагрузке (примерно на третьем этаже приходится останавливаться), потливость по ночам, общую слабость, снижение толерантности к физической нагрузке; ноющие боли и припухлость мелких суставов кистей и стоп, выраженное ограничение движений, ноющие боли в поясничном отделе позвоночника при физической нагрузке, резких поворотах туловища, иногда в шейном отделе; скованность по утрам до двух часов; зябкость в нижних конечностях. Эпизодов лихорадки не было.

Считает себя больным с 2009 г., когда впервые появились боли в суставах, ощущение зябкости в ногах. Тогда он лечился самостоятельно нестероидными противовоспалительными средствами, однако это давало слабый эффект. Пациент обратился к ревматологу в

поликлинике, был выставлен диагноз «Остеоартроз», в связи с чем получал соответствующее лечение.

В 2010 г. появились боли в лучезапястных суставах, и с диагнозом «Серопозитивный ревматоидный полиартрит» пациент был госпитализирован в ревматологическое отделение Республиканской клинической больницы. В стационаре ему назначили метотрексат 10 мг в неделю, хондропротекторы, нестероидные противовоспалительные средства.

В 2011 г. к лечению был добавлен плазмаферез, использование которого дало значительный положительный эффект.

В 2013 г. был назначен методжект (метотрексат для парентерального введения). На момент последней госпитализации пациент принимал методжект 15 мг в неделю, преднизолон 5 мг ежедневно вечером. В последние 2–3 мес почувствовал себя хуже: появилась одышка, стало тяжелее подниматься по лестнице, ходить за покупками и т.д. Кроме этого, усугубился суставной синдром: в частности, усилились боли в суставах, длительнее стала утренняя скованность.

Сопутствующее заболевание: аутоиммунный тиреоидит с признаками гипотиреоза.

На момент осмотра (ноябрь 2015 г.) состояние удовлетворительное. Температура тела – 36,5°С, АД – 140/90 мм рт. ст на обеих руках, ЧСС – 76 уд/мин, ЧДД – 18 в минуту. Сердечно-сосудистая система: границы относительной тупости в норме, тоны приглушены, ритмичны. Систолический грубый дующий шум во всех точках с эпицентром в проекции верхушки. Дыхательная система: дыхание везикулярное, единичные сухие хрипы в нижних полях обоих легких. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена, не выступает из-под края реберной дуги. Отеков и пастозности нет. Обращают на себя внимание единичные геморрагические высыпания на правом предплечье по типу «стероидного васкулита». Отмечается незначительная болезненность при пальпации мелких суставов кистей, коленных суставов, паравертебральных точек поясничного отдела, мышц шейного отдела позвоночника. Боль по визуально-аналоговой шкале 35 мм.

Проведенные лабораторно-инструментальные исследования позволили получить следующие результаты:

- Общие анализы крови, мочи, коагулограмма – без патологии.
- Биохимический анализ крови: АлТ – 29 Ед/л, АсТ – 19 Ед/л, билирубин общий – 6,3 мкмоль/л, Са – 2,26 ммоль/л, холестерин – 5,13 ммоль/л, креатинин – 70 мкмоль/л, мочевина – 4,2 ммоль/л, глюкоза – 5,3 ммоль/л, К – 3,7 ммоль/л, Na – 139 ммоль/л, белок общий – 74,3 г/л.
- Бактериологический посев крови отрицательный.
- Криоглобулины – 0,033 г/л, СРБ – 12 мг/л, ЦИК – 204 у.е., РФ – 4096 мг/мл.
- ЭхоКС: Увеличение левых камер сердца. Митральная недостаточность третей–четвертой степени. Трикуспидальная регургитация первой степени. Уплотнение стенок аорты, створок аортального клапана. Аортальная недостаточность первой степени. Легочная гипертензия. ФВ – 60%.
- Чреспищеводная ЭхоКС: ФВ – 62%, абсцесс передней створки митрального клапана с перфорацией передней стенки митрального клапана. Выраженная митральная недостаточность.
- Рентгенография кистей и коленных суставов была проведена ранее на амбулаторном этапе. Были обнаружены узуры в области суставов кистей и признаки гонартроза соответственно.

На основании этих данных пациенту был выставлен диагноз: «Серопозитивный ревматоидный полиартрит, быстропрогрессирующее течение, развернутая стадия, умеренной активности, рентгенологическая стадия 3 (эрозивный артрит), с висцерализацией; ревматоидные узелки. Абсцесс передней створки митрального клапана с перфорацией. Митральная недостаточность третьей–четвертой степени. Диастолическая дисфункция миокарда обоих желудочков. Увеличение обоих предсердий. ХСН 2 А стадия, ФК – 2. Вторичный остеоартроз: двусторонний гонартроз 2-й степени, спондилез, спондилоартроз грудного отдела позвоночника, ФК3. Аутоиммунный тиреоидит, первичный гипотиреоз средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация».

Пациент был направлен на консультацию к кардиохирургу, и вскоре был успешно прооперирован в связи с клапанным поражением сердца. Кроме этого, продолжено лечение ревматоидного артрита: метотрексат отменен, назначен генно-инженерный биологический препарат.

По нашему мнению, абсцесс передней створки митрального клапана является проявлением кардиоваскулярной патологии у пациента с ревматоидным артритом. Это грозное осложнение встречается крайне редко в отсутствие инфекционного эндокардита и является абсолютным показанием для хирургического вмешательства. Практикующему врачу необходимо помнить о возможном поражении створок клапанов у пациента с ревматическим заболеванием и своевременно принять меры в этой ситуации.

Литература

1. Turesson C., Eberhardt K., Jacobsson L.T.H. et al. Incidence and predictors of severe extra-articular disease manifestations in an early rheumatoid arthritis inception cohort. Ann Rheum Dis. 2007; 66: 1543–4.
2. SakomuraY., Nishikawa H., Kasanyki H. Myocardial involvement in rheumatic diseases. Nippon Rinsho. 2000, 58, 1, 186–190.
3. Насонов Е.Л. Проблема атеротромбоза в ревматологии. Вестник РАМН. 2003; 7: 6–10. / Nasonov E.L. Problema aterotromboza v revmatologii. Vestnik RAMN. 2003; 7: 6–10. [in Russian]
4. Roifman I., Beck P.L., Anderson T.J. et al. Chronic inflammatory diseases and cardiovascular risk: a systematic review. Can J Cardiol. 2011; 27 (2): 174–82.
5. Paulus H.E. et al. Patient retention and hand wrist radiograph progression of rheumatoid arthritis during a 3-year prospective study prohibited DMARD. J. Rheum. 2004; 31.
6. Bely M., Apathy A. Vasculitis in rheumatoid arthritis. Orv-Hetil. 1996; 137: 29; 1571–8.
7. Voskuyl A.E., Zwinderman A.H., Westedt M.L. et al. The mortality of rheumatoid vasculitis compared with rheumatoid arthritis. Arthr Rheum. 1996; 39: 266–71.
8. Anaya JM. Severe rheumatoid valvular heart disease. Clin Rheumatol. 2006 Sep; 25 (5): 743–5.
9. Giladi H, Sukenik S, Flusser D et al. A rare case of enterobacter endocarditis superimposed on a mitral valve rheumatoid nodule. J Clin Rheumatol. 2008 Apr; 14 (2): 97–100.
10. Breed E.R., Binstadt B.A. Autoimmune valvular carditis. Curr Allergy Asthma Rep. 2015 Jan; 15 (1): 491. doi: 10.1007/s11882-014-0491-z.
11. Corrao S., Messina S., Pistone G. et al. Heart involvement in rheumatoid arthritis: systematic review and meta-analysis. Int J Cardiol. 2013 Sep 1; 167 (5): 2031–8. doi: 10.1016/j.ijcard.2012.05.057. Epub 2012 Jun 15.

Сведения об авторах:

Фейсханова Люция Исхаковна – к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии ГБОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет Минздрава России, Казань

Низамова Гульнара Азатовна – студентка лечебного факультета ГБОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет Минздрава России, Казань

Абдракипов Рифкат Завдятович – заслуженный врач РТ, врач-ревматолог высшей квалификационной категории, заведующий отделением ревматологии ГАУЗ РКБ МЗ РТ