

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ТЕЧЕНИЯ КАРДИТА У ДЕТЕЙ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ

Ферганская область, Республика Узбекистан

Заведующая кафедрой «Терапии общесоматических дисциплин»

Ферганского медицинского института здравоохранения

Шамсутдинова Гузель Баходировна

Актуальность: Острая ревматическая лихорадка – это системное заболевание соединительной ткани, при котором ведущими диагностическими критериями являются кардит, полиартрит, малая хорея, кольцевидная эритема и ревматические узелки (1,4,9).

В последнее десятилетие проведен ряд исследований в области возможно более раннего распознавания и уточнения характера поражения сердца. В основе их положения ведущую роль в развитии ревматической лихорадки сыграли бета гемолитический стрептококк группы А и измененная реактивность организма. Однако изменение клинической картины ревматической лихорадки, преобладание подострого и затяжного течения все чаще выявляемые кардиопатии другой этиологии, создают немалые трудности в своевременной и правильной диагностике болезни (1,6,7,8).

Ключевые слова: ревматизм, пороки сердца, кардит, тонзиллит.

FEATURES OF CARDITIS IN RHEUMATIC FEVER

Fergana region, Republic of Uzbekistan

Head of the Department of “Directed Sciences Therapy” of the Fergana Medical
Institute of Health

Shamsutdinova Guzel Bakhodirovna

Relevance: Acute rheumatic fever is a systemic disease of connective tissue, in which the leading diagnostic criteria are carditis, polyarthritis, chorea minor, annular erythema and rheumatic nodules (1,4,9).

In the last decade, a number of studies have been conducted in the field of the earliest possible recognition and clarification of the nature of heart damage. Their position is based on the leading role in the development of rheumatic fever played by beta-hemolytic streptococcus group A and altered reactivity of the body. However, changes in the clinical picture of rheumatic fever, the prevalence of subacute and protracted course, increasingly identified cardiopathies of other

etiologies, create considerable difficulties in the timely and correct diagnosis of the disease (1,6,7,8).

Key words: rheumatism, heart defects, carditis, tonsillitis.

РЕВМАТИК ISITMADA KARDITNING XUSUSIYATLARI.

О‘zbekiston respublikasi Farg‘ona viloyati

**Farg‘ona tibbiyot instituti sog‘liqni saqlash “Yo‘nalishdagi fanlar terapiyasi”
kafedrası mudiriy**

Shamsutdinova Guzel Baxodirovna

Anotatsiya: O'tkir revmatik isitma biriktiruvchi to'qimalarning tizimli kasalligi bo'lib, bunda etakchi diagnostika mezonlari kardit, poliartrit, kichik xorea, halqali eritema va revmatik tugunlar (1,4,9).

So'nggi o'n yillikda yurak shikastlanishining tabiatini imkon qadar erta aniqlash va tushuntirish sohasida bir qator tadqiqotlar o'tkazildi. Ularning pozitsiyasi beta-gemolitik streptokokklar guruhi A va tananing o'zgargan reaktivligi o'ynagan revmatik isitma rivojlanishidagi etakchi rolga asoslangan. Biroq, revmatik isitmaning klinik ko'rinishidagi o'zgarishlar, subakut va uzoq davom etadigan kursning tarqalishi, boshqa etiologiyalarning tobora aniqlangan kardiopatiyalari kasallikni o'z vaqtida va to'g'ri tashxislashda sezilarli qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi (1,6,7,8).

Kalit so'zlar: revmatizm, yurak nuqsonlari, kardit, tonzillit.

Цель работы: Выявить особенности клинических проявлений поражения сердца при ревматической лихорадке на современном этапе.

Материалы и методы. Под наблюдением были 50 детей в возрасте 5-17 лет поступившие в областную детскую клиническую больницу города Андижана, из них у 30 (60%) детей отмечалось нарушение сердечной деятельности. Диагноз ревматической лихорадки устанавливался в соответствии с критериями Киселя Джонсона в модификации, Ассоциации ревматологов 2003 года. Для подтверждения диагноза проводилось комплексное обследование больного: наличие в крови анти стрептококковых антител, инструментальные исследования (ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография грудной клетки). По показанием проводились консультации специалистов: лор врача, стоматолога, невропатолога.

Результаты и обсуждения. В динамике обследования и наблюдения детей с признаками кардита был поставлен диагноз острой ревматической

лихорадки (ОРЛ), в 20 (40%) случаях, повторная ревматическая лихорадка (ПРЛ) 10 (20%). Развёртывание симптомов кардита с полиартритом или без него позволяет установить диагноз ОРЛ. Следовательно, ведущим в диагностике является все же кордивоскулярный синдром – симптомтомоплекс митрального вальвулита. При остром течении болезни у большинства детей 4 (8%) отмечается и острое ее начало с минимальной активностью процесса с яркой клинической симптоматикой, отражающая одновременное поражение одного, или нескольких оболочек сердца. При обследовании у этих детей -2 (4%) выявлялись симптомы полиартрита и отчетливая картина кардита. Выраженной недостаточности кровообращения у этих больных не наблюдалось. Комплексное, гормонально-медикаментозное лечение приводит у этих больных к наиболее благополучным результатам. Подострое течение ревматической лихорадки наблюдалось при повторных атаках (ПРЛ) -6 (60%). Болезнь начиналась более постепенно, активность ее не превышает II степени, клинические симптомы кардита выражены менее ярко, порок сердца формировался почти у всех детей, нежели при остром течении пороков не было выявлено. Данный вариант течения болезни превышает острый. Затяжной и непрерывно рецидивирующий варианты ОРЛ по праву считаются самым тяжелым у детей 4 (40%)- отмечалось спонтанный или комбинированный порок сердца выраженной недостаточностью кровообращения. Назначенная комплексная терапия, включающая сердечные гликозиды, диуретики, приносили лишь временный эффект. Латентный вариант течения болезни составил 14 (61%) детей школьного возраста. Течение заболевания характеризовалось скрытостью симптомов, малодоступные для выявления даже при комплексном применении различных современных методов обследования. Достоверный диагноз может быть поставлен только после того, как сформировался клапанный порок сердца и налицо все его неоспоримые клинические признаки. У 3 х детей преобладали симптомы малой хореи в начале заболевания, но в последующем в течении 3-6 месяцев выявлены признаки ревматического миокардита. У 20 детей после обследования был установлен диагноз хронического тонзиллита, этиологической причиной которого в 30%-50% случаев является стрептококковая инфекция. У них клинически наблюдался кардиальный синдром (сердцебиение, одышка, функциональный систолический шум) и астеновегетативный синдром. В общем анализе крови признаки воспаления, ЭКГ – тахикардия, неполная блокада правой ножки пучка Гиса. ЭхоКГ – без патологии. Применение терапии направленное на ликвидацию воспалительного процесса в

носоглотке, витамины, физиотерапия способствовали исчезновению клинической симптоматики.

Прогноз: Непосредственная угроза жизни в связи с развитием ОРЛ практически отсутствует (за исключением чрезвычайно редких случаев панкардита в детском возрасте). В основном прогноз определяется состоянием сердца (наличие и тяжесть порока, выраженность СН). Весьма важны сроки начала лечения, так как при отсроченной фармакотерапии (или в отсутствии таковой) риск развития РПС резко возрастает. Ревматический порок сердца (РПС) формируется как исход ревмокардита. Максимальная частота формирования РПС (75%) наблюдается в течение 3 лет от начала болезни. Частота возникновения пороков после первой атаки ОРЛ составляет: у детей 20-25%; у подростков 33%; у взрослых 39-45% [5]. У детей чаще формируется изолированная митральная и аортальная недостаточность, примерно у 7-10% детей развивается пролабирование митрального клапана. В юношеском возрасте половину составляет изолированная недостаточность митрального клапана. С учетом того, что у взрослых чаще (90-93%) развиваются повторные ОРЛ уже на фоне имеющихся пороков сердца, структура пороков у взрослых имеет свои особенности. В 42% наблюдаются сочетанный митральный порок, а на изолированную недостаточность митрального и аортального клапанов приходится соответственно на 12 и 13% [9]. РПС является одним из наиболее распространенных заболеваний, ведущей к инвалидизации и в связи с чем представляющих социальную проблему. В диагностике РПС возможны ошибки: 1) гипердиагностика порока; 2) заболевание сердца не выявляется вообще; 3) ставится диагноз другого заболевания сердца. ЭхоКГ обладающая высокой разрешающей способностью при митральном и аортальном стенозах недостаточно информативна при недостаточности клапанов. Между тем, своевременный диагноз определенных пороков сердца может обеспечить их рациональное излечение хирургическим путем.

Вывод: Имеется отдаленная корреляция между степенью активности и вариантом течения болезни, установление которого приводит к более современному пониманию закономерности ее развития, варианты течения позволяют определить клинический облик болезни, выявить ряд характерных ее особенностей, применить адекватную терапию и наметить предполагаемый исход.

Все нарастающая трудность диагностики при отсутствии ранних специфических проявлений болезни заставляет считать проблему ревматической лихорадки в детском возрасте не менее сложной и актуальной

в связи с необходимостью раннего начала лечения, ускоренного выздоровления, напротив латентное течение заболевания в практика приводит к порокам сердца нежели острое течение.

Литература

1. Белов Б. С., Насонова В. А., Кузьмина Н. Н. Острая ревматическая лихорадка: современные этиопатогенетические аспекты // Научно-практическая ревматология. – 2008. – 5. – С. 51- 58.
2. Кузьмина Н. Н. Ревматизм у детей – современные особенности // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2007. – 3. С. 36-40.
3. Насонова В. А., Кузьмина Н. Н. Ревматизм. В кн.: Насоновой В. А., Бунчука Н. В., Ревматические болезни. – М.: Медицина, 2007. –С. 144-159.
4. Овчинников А. Ю., Славский А. Н., Фетисов И. С. Хронический тонзиллит и сопряженные с ним заболевания // Русский медицинский журнал. – 2016. – 7. – С. 31-36.
5. Гольберг К. Ф. Распространение и характеристика клинического течения ревматизма у детей города Якутска: автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Хабаровск, 2005.
6. Ханды М. В. Клиника первичного ревмокардита у детей г. Якутска: дис. ... канд. мед. наук. – Москва. 2014.
7. Левин О. С. Современные представления о патогенезе, диагностике, лечении малой хореи // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2005, – 105 (5.). – С. 72 - 75.
8. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю. Принципы рационального лече* ния сердечной недостаточности //Consilium*medicum 2001.
9. Белов Б.С. Современные подходы к антибактериальной терапии А*стрептококкового тонзиллита. Инфекции и антимикробная терапия 2000; 2(2).
10. Amato MCM, Moffa PJ, Werner KE, Ramires JAF. Treatment deci* sion in asymptomatic aortic valve stenosis: role of exercise testing// Heart 2001; 86: 381 – 386.
11. Atlas of Heart Diseases and Stroke 2004. Available from URL: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/ , далее: Rheumatic fever and rheumatic heart disease.