

Казахстанско-Российский медицинский университет

СРС

Тема: Ревматизм у детей

Выполнил: Сердалинов С.Т

Проверила: _____

Группа: 506 «А»ОМ



Содержания:

- Причины ревматизма у детей
- Классификация ревматизма у детей
- Симптомы ревматизма у детей
- Диагностика ревматизма у детей
- Лечение ревматизма у детей
- Прогноз и профилактика ревматизма у детей

Ревматизм у детей

- **Ревматизм у детей** – инфекционно-аллергическое заболевание, протекающее с системным поражением соединительной ткани сердечно-сосудистой системы, синовиальных оболочек суставов, серозных оболочек ЦНС, печени, почек, легких, глаз, кожи. При ревматизме у детей может развиваться ревматический полиартрит, ревмокардит, малая хорея, ревматические узелки, кольцевидная эритема, пневмония, нефрит. Диагностика ревматизма у детей основана на клинических критериях, их связи с перенесенной стрептококковой инфекцией, подтвержденных лабораторными тестами и маркерами. В лечении ревматизма у детей применяются глюкокортикоиды, НПВС, препараты хинолинового и пенициллинового ряда. Ревматизм у детей ([ревматическая лихорадка](#), болезнь Сокольского-Буйо) – системное заболевание воспалительного характера, характеризующееся поражением соединительной ткани различных органов и этиологически связанное со [стрептококковой инфекцией](#). В [педиатрии](#) ревматизм диагностируется преимущественно у детей школьного возраста (7-15 лет). Средняя популяционная частота составляет 0,3 случая ревматизма на 1000 детей. Ревматизм у детей характеризуется острым началом, нередко длительным, на протяжении многих лет, течением с чередованием периодов обострений и ремиссий. Ревматизм у детей служит распространенной причиной формирования [приобретенных пороков сердца](#) и инвалидизации.

Этиология и патогенез

- Установлено, что у большинства больных началу заболевания или его рецидиву предшествуют ангина, фарингит, ринит или скарлатина. Из мазков со слизистой оболочки носоглотки заболевших часто высевают бета-гемолитический стрептококк группы А, а в сыворотке крови обнаруживают повышенные титры противострептококковых антител. Подтверждением роли стрептококковой инфекции в возникновении Р. служит возможность предупреждения его развития в случае правильного лечения этой инфекции пенициллином и предотвращения рецидивов путем назначения бициллина.

Необходимым условием возникновения **ревматизма** является значительная вирулентность стрептококка группы А и длительное присутствие его в носоглотке. Но для развития Р. одной стрептококковой инфекции недостаточно. Заболевание возникает лишь у лиц, особо реагирующих на стрептококковую инфекцию. О семейной предрасположенности к Р. свидетельствуют нередкие случаи развития этого заболевания у других членов семьи больного. В основе патогенеза лежат нарушения иммунитета к стрептококковым антигенам, аутоиммунные реакции, приводящие к воспалению.

Клиническая картина

- При характерном многообразии симптомов ведущим является поражение сердца (кардит), определяющее тяжесть течения Р. и прогноз. При Р. наблюдается воспаление всех трех оболочек сердца - перикарда, миокарда и эндокарда. В наибольшей степени поражаются миокард (миокардит) и эндокард (эндокардит). Поскольку клинически бывает трудно установить, какая из оболочек сердца поражена больше, обычно пользуются термином "ревматический кардит" (ревмокардит). Наиболее характерными симптомами ревмокардита являются ощущение сердцебиения, одышка при обычной или небольшой физической нагрузке, боли или чувство тяжести в области сердца, нарушение ритма сердечной деятельности, расширение границ сердца, приглушение тонов, появление систолического или диастолического шума, шума трения перикарда и др. Следует подчеркнуть, что у детей в отличие от взрослых жалобы при ревмокардите отмечаются значительно реже, в то время как выявляемые врачом изменения со стороны сердца более выражены. Характер и степень поражения сердца уточняют с помощью электрокардиографии, рентгенографии, эхокардиографии.

- **Ревматический полиартрит** характеризуется воспалением преимущественно крупных и средних по величине суставов (коленных, лучезапястных, голеностопных). Отмечаются выраженные боли как в покое, так и при движениях. Сустав может быть припухшим, горячим на ощупь. Часто повышается температура тела. Особенности полиартрита при Р. являются симметричность и мигрирующий характер (поочередное вовлечение суставов в патол. процесс). Кроме того, период, в течение которого наблюдаются симптомы полиартрита, непродолжителен (не более 4 нед.), и полное обратное развитие процесса возможно даже без лечения. Полиартрит нередко сочетается с ревмокардитом.

Поражение центральной нервной системы - малая хорея встречается при Р. преимущественно у детей и характеризуется насильственными сокращениями отдельных мышц или их групп (см. Гиперкинезы) и пониженным тонусом мышц.

Кольцевидная эритема - высыпания кольцевидной формы розового цвета на коже туловища, плеч, предплечий - наблюдается в основном у детей и подростков. Ревматические узелки определяются в мягких тканях туловища и конечностей, преимущественно в области локтевых и коленных суставов, а также в затылочной части головы, над остистыми отростками позвонков. Они бывают обычно небольших размеров, безболезненны, быстро исчезают без лечения.

Другие проявления ревматизма, напр. поражение легких (пневмония, васкулит легочных сосудов, плеврит), почек (нефрит), центральной нервной системы (энцефалопатия), как правило, не выступают на первый план в клин. картине болезни.

Клинические проявления Р. у детей и взрослых в принципе схожи. Основной, отличительной чертой заболевания у детей служит наличие интенсивного воспалительного процесса, что обуславливает более выраженные проявления заболевания. К самым характерным проявлениям относятся кардит, полиартрит, малая хорея, кольцевидная кожная эритема и ревматические узелки.

- **Ревматический кардит.** Поражение сердца (ревмокардит) является ведущим в клинической картине болезни и определяет её течение и прогноз. В 70-85% случаев болезни возникает первичный ревмокардит. При ревмокардите могут поражаться все оболочки сердца - миокард, эндокард и перикард. Наиболее распространённым принято считать поражение миокарда - диффузный миокардит. Однако на ранних этапах болезни разграничить миокардит и эндокардит клинически часто бывает очень затруднительно, для этого необходимо комплексное клиникоинструментальное обследование.
- Обычно больные ревмокардитом не предъявляют жалоб. Родители отмечают, что через 2-3 нед после перенесённой ангины у ребёнка продолжают сохраняться вялость, быстрая утомляемость, субфебрилитет. В этот период появляются клинические симптомы ревмокардита в виде тахикардии, реже брадикардии, расширения границ сердца, приглушённости тонов сердца. При аускультации выслушивают систолический шум. При ФКГ обнаруживают снижение амплитуды, деформацию, уширение и обеднение высокочастотными осцилляциями преимущественно I тона. На ЭКГ возможно выявление различных аритмий, миграции водителя ритма, замедления атриовентрикулярной проводимости (иногда вплоть до атриовентрикулярной диссоциации).
- Значительные трудности представляет клиническая диагностика поражения клапанов сердца на ранних этапах заболевания, имеющая большое прогностическое значение. Большую роль в диагностике играет ЭхоКГ. Наиболее часто поражается митральный клапан. При этом на ЭхоКГ обнаруживают утолщение и "лохматость" эхосигнала от створок и хорд клапана, ограничение подвижности задней его створки. При рентгенографии у детей с поражением митрального клапана обнаруживают "митральную" конфигурацию сердца, увеличение размеров левых камер. При поражении аортального клапана на ЭхоКГ выявляют мелкоамплитудное диастолическое трепетание его створок. На рентгенограммах видна аортальная конфигурация сердца с преимущественным увеличением левого желудочка.
- Исход ревмокардита при длительности острого периода от 1,5 до 2 мес зависит от формирования порока сердца (в 20-25%). Чаще всего формируется недостаточность митрального клапана, реже - недостаточность аортального клапана, митральноаортальный порок, митральный стеноз.
- Возвратный ревмокардит чаще развивается на фоне приобретённого порока сердца. Клинически он обычно проявляется нарастанием ранее существовавших или появлением новых шумов, развитием недостаточности кровообращения.



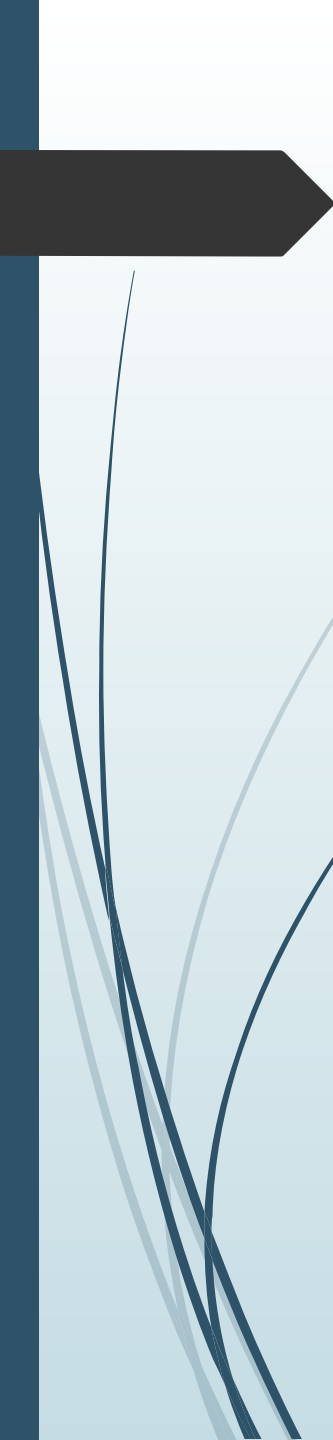
- **Эндокардит** почти всегда сочетается с миокардитом и наблюдается у 50 - 55% больных детей. Наиболее часто развивается вальвулит, в основном митрального клапана, признаки которого нередко появляются с первых дней болезни.
- Основным клиническим симптомом является систолический шум "дующего" характера в зоне проекции митрального клапана (верхушка, V точка). С течением времени, а также в положении лежа, на левом боку и при физической нагрузке интенсивность его нарастает. Шум хорошо проводится в подмышечную область.
- На ФКГ он регистрируется как высоко- и среднечастотный пансистолический или протосистолический шум небольшой или средней амплитуды с эпицентром у верхушки. На рентгенограммах, кроме расширения левой границы, определяется митральная конфигурация сердца.
- Примерно у 10% больных поражается аортальный клапан, что проявляется диастолическим шумом вдоль левого края грудины с возможным снижением диастолического давления. При этом на ФКГ записывается высокочастотный - протодиастолический - шум той же локализации.
- Эхокардиография фиксирует утолщение митрального клапана, изменения характера эхосигналов ("лохматость") от его створок и хорд, признаки митральной и аортальной регургитации, дилатацию левых камер сердца.
- **Перикардит** всегда наблюдается одновременно с эндо- и миокардитом и рассматривается как часть ревматического полисерозита. Клинически диагностируется редко (1 - 1,5%), рентгенологически - в 40% случаев; при комплексном инструментальном исследовании, включая эхокардиографию, этот процент значительно выше. По характеру он может быть сухим, фибринозным и выпотным - экссудативным. При фибринозном перикардите возможен болевой синдром и выслушивается (непостоянно) шум трения перикарда вдоль левого края грудины, что сравнивают с шуршанием шелка или хрустом снега под ногами.
- При серийном ЭКГ-исследовании выявляются заостренные зубцы Р и типичная динамика изменений ST-интервала и зубца Т. На эхокардиограмме видны утолщения и сепарация листков эпи- и перикарда.

Классификация ревматизма у детей

- В развитии ревматизма у детей выделяют активную и неактивную фазы. Критериями активности ревматического процесса выступают выраженность клинических проявлений и изменения лабораторных маркеров, в связи с чем выделяют три степени:
 - **I (минимальная активность)** - отсутствие экссудативного компонента воспаления; слабая выраженность клинических и лабораторных признаков ревматизма у детей;
 - **II (умеренная активность)** – все признаки ревматизма у детей (клинические, электрокардиографические, рентгенологические, лабораторные) выражены нерезко;
 - **III (максимальная активность)** – преобладание экссудативного компонента воспаления, наличие высокой лихорадки, признаков ревмокардита, суставного синдрома, полисерозита. Присутствие отчетливых рентгенологических, электро- и фонокардиографических признаков кардита. Резкие изменения лабораторных показателей – высокий нейтрофильный лейкоцитоз. Резко положительный [СРБ](#), высокий уровень сывороточных глобулинов, значительное повышение титров антистрептококковых антител и пр.
- Неактивная фаза ревматизма у детей отмечается в межприступный период и характеризуется нормализацией самочувствия ребенка, инструментальных и лабораторных показателей. Иногда между приступами ревматической лихорадки сохраняется субфебрилитет и недомогание, отмечается прогрессирование кардита с формированием клапанных пороков сердца или [кардиосклероза](#). Неактивная фаза ревматизма у детей может продолжаться от нескольких месяцев до нескольких лет.
- Течение ревматизма у детей может быть острым (до 3-х мес.), подострым (от 3 до 6 мес.), затяжным (более 6 мес.), непрерывно-рецидивирующим (без четких периодов ремиссии длительностью до 1 года и более), латентным (скрыто приводящим к формированию клапанного порока сердца).

Симптомы ревматизма у детей

- Клинические проявления ревматизма у детей многообразны и переменны. К основным клиническим синдромам относят ревмокардит, [полиартрит](#), [малую хорею](#), анулярную эритему и ревматические узелки. Для всех форм ревматизма у детей характерна клиническая манифестация спустя 1,5-4 недели после предшествующей стрептококковой инфекции.
- Поражение сердца при ревматизме у детей (ревмокардит) происходит всегда; в 70-85% случаев – первично. При ревматизме у детей может возникать эндокардит, [миокардит](#), [перикардит](#) или панкардит. Ревмокардит сопровождается вялостью, утомляемостью ребенка, субфебрилитетом, [тахикардией](#) (реже [брадикардией](#)), одышкой, болями в сердце.
- Повторная атака ревмокардита, как правило, случается через 10-12 месяцев и протекает тяжелее с симптомами интоксикации, [артритами](#), [увеитами](#) и т. д. В результате повторных атак ревматизма у всех детей выявляются приобретенные пороки сердца: [митральная недостаточность](#), [митральный стеноз](#), [аортальная недостаточность](#), [стеноз устья аорты](#), [пролапс митрального клапана](#), [митрально-аортальный порок](#).
- У 40-60% детей с ревматизмом развивается полиартрит, как изолированно, так и в сочетании с ревмокардитом. Характерными признаками полиартрита при ревматизме у детей являются преимущественное поражение средних и крупных суставов (коленных, голеностопных, локтевых, плечевых, реже - лучезапястных); симметричность [артралгии](#), мигрирующий характер болей, быстрое и полное обратное развитие суставного синдрома.

- 
- На долю церебральной формы ревматизма у детей (малой хореи) приходится 7-10% случаев. Данный синдром, главным образом, развивается у девочек и проявляется эмоциональными расстройствами (плаксивостью, раздражительностью, сменой настроения) и постепенно нарастающими двигательными нарушениями. Вначале изменяется почерк и походка, затем появляются гиперкинезы, сопровождающиеся нарушением внятности речи, а иногда – невозможностью самостоятельного приема пищи и самообслуживания. Признаки хореи полностью регрессируют через 2-3 месяца, однако имеют склонность к рецидивированию.
 - Проявления ревматизма в виде анулярной (кольцевидной) эритемы и ревматических узелков типично для детского возраста. Кольцевидная эритема представляет собой разновидность сыпи в виде колец бледно-розового цвета, локализующихся на коже живота и груди. Зуд, [пигментация](#) и шелушение кожи отсутствуют. Ревматические узелки можно обнаружить в активную фазу ревматизма у детей в затылочной области и в области суставов, в местах прикрепления сухожилий. Они имеют вид подкожных образований диаметром 1-2 мм.
 - Висцеральные поражения при ревматизме у детей (ревматическая [пневмония](#), нефрит, [перитонит](#) и др.) в настоящее время практически не встречаются.

Как лечить ревматизм у детей

- Лечение ревматизма осуществляется в 3 этапа:
- Каждый ребенок с активным ревматизмом подлежит лечению в стационаре (1-й этап). Чрезвычайно важным является правильная организация двигательного режима. Больные ревмокардитом II -III степени активности должны находиться в течение 1-2 нед на строгом постельном режиме, а затем еще 2 - 3 нед - на постельном режиме с возможным участием в настольных играх в кровати. В этот период показаны дыхательная гимнастика и пассивные движения. Спустя 1 - 1/2 мес (с учетом результатов функциональных проб) детей переводят на щадящий режим с разрешением пользоваться столовой, туалетом; расширяется комплекс лечебной физкультуры. В последующем в санатории (2-й этап) дети переводятся на тренирующий режим. Диета должна быть легкоусвояемой, обогащенной белком, витаминами и продуктами, содержащими соли калия. Ограничиваются поваренная соль до 5 -6 г в сутки и жидкость, особенно при недостаточности кровообращения. Чтобы лечить ревматизм рекомендуется дробный прием пищи (5 - 6 раз в сутки). Трудноперевариваемые продукты, соленья, экстрактивные вещества исключаются. Иногда проводятся разгрузочные дни (при недостаточности кровообращения II - III степени).

Средства лечения ревматизма у детей

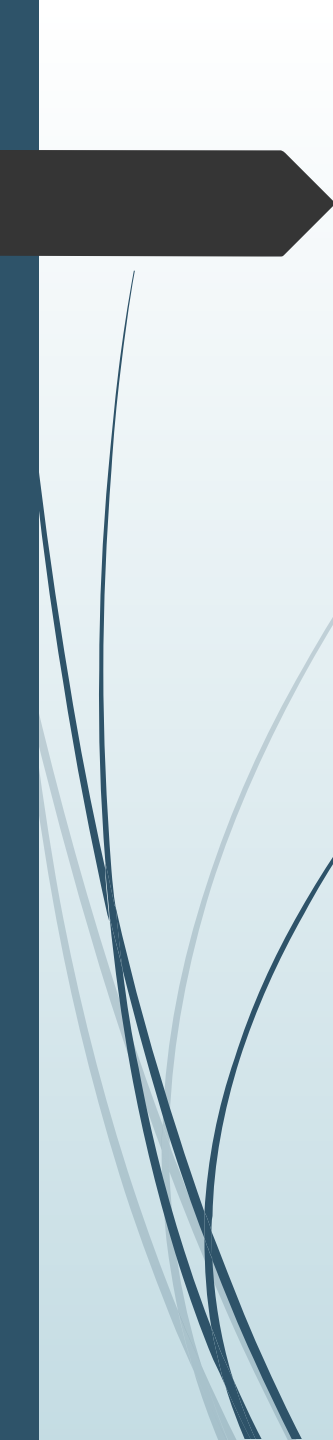
- Медикаментозная терапия включает антибактериальные, направленные на ликвидацию стрептококковой инфекции, нестероидные противовоспалительные и иммуносупрессивные средства, а также симптоматические (диуретики, сердечные) и корригирующие препараты. Назначают пенициллин или его аналоги в возрастной дозе на 12 - 15 дней. Одновременно используют ацетилсалициловую кислоту или препараты пиразолонового ряда. Ацетилсалициловую кислоту назначают из расчета 0,2 г, амидопирин - 0,15 - 0,2 г на 1 год жизни ребенка в сутки.
- Быстрым противовоспалительным и антиаллергическим действием обладают кортикостероиды, которые особенно показаны при первичном ревмокардите и выраженном экссудативном компоненте воспаления. Обычно используется преднизолон, назначаемый в дозе около 0,75 - 1 мг/кг в сутки. Длительность применения максимальной суточной дозы преднизолона определяется результатами лечения. Снижение ее начинают при улучшении состояния больного, устранении лихорадки, экссудативного компонента, нормализации СОЭ. Общая длительность курса лечения составляет 30 - 40 дней, при непрерывно-рецидивирующем течении ревматизма она может быть больше. В последние годы распространение получили новые противовоспалительные нестероидные средства - вольтарен и индометацин, которые с успехом применяются в общем комплексе лечения. При затяжном и непрерывно-рецидивирующем течении у детей показано длительное применение препаратов хинолинового ряда (делагил, плаквинил) по 5 - 10 мг/кг в сутки.
- Выписка из стационара производится через 11/2~2 мес при условии улучшения самочувствия, отчетливой положительной динамики патологического процесса и снижения его активности.
- Долечивание и реабилитация больных (2-й этап) осуществляются в местном санатории в течение 2 - 3 мес. На этом этапе продолжается лечение лекарственными средствами в половинной дозе, расширяется объем физических нагрузок, проводятся лечебная гимнастика, общеукрепляющие мероприятия, аэрация. дети получают полноценное питание, витамины.
- Дальнейшее диспансерное наблюдение (3-й этап) осуществляется районным (городским) ревматологом, который регулярно осматривает каждого ребенка, страдающего ревматизмом, с целью выявления признаков активации болезни, проводит вторичную круглогодичную профилактику (рецидивов) с помощью бициллина-5. При необходимости saniруют очаги хронической инфекции, определяют условия режима и труда школьников. Диспансерное наблюдение за детьми, перенесшими ревматизм, проводится вплоть до передачи их для наблюдения в подростковом кабинете.

Комплексная терапия ревматизма у детей

- Комплексный метод терапии первичного ревматизма включает одновременное назначение небольших доз (0,5-0,7 мг/кг/сут) глюкокортикоидов и НПВС.
- Дозы глюкокортикоидов чтобы лечить ревматизм выбирают в зависимости от тяжести патологического процесса и выраженности изменений в сердце. Обычно применяют преднизолон в дозе 15-25 мг/сут, при этом 1/2-1/3 суточной дозы назначают в утренние часы. Начальную дозу постепенно снижают до полной отмены в среднем через 1,5 мес.
- Из НПВС наиболее часто назначают индометацин и диклофенак. НПВС комбинируют с глюкокортикоидами и одним из базисных препаратов, особенно при затяжном течении заболевания и формировании порока сердца.
 - Индометацин: 23 мг/кг/сут в 2-3 приёма в течение 1-1,5 мес.
 - Диклофенак: 23 мг/кг/сут в 2-3 приёма в течение 11,5 мес.
- В качестве базисной терапии используют хинолиновые производные:
 - Хлорохин (хингамин, делагил) в дозе 0,060,25 г в зависимости от возраст 1 раз в день после ужина; длительность лечения от нескольких месяцев до нескольких лет;
 - Гидроксихлорохин (плаквенил) в дозе 0,05-0,2 г в зависимости от возраста 1 раз в день после ужина; длительность лечения от нескольких месяцев до нескольких лет.
- Учитывая стрептококковую природу ревматизма, в течение первых 10-14 дней терапии назначают бензилпенициллин или его аналоги по 0,75-1 млн ЕД/сут. В комплексную терапию входит также санация очагов хронической инфекции, в частности хронического тонзиллита. При декомпенсированном хроническом тонзиллите необходима тонзиллэктомия. Через 6-8 мес после острого периода рекомендуют санаторнокурортное лечение.

Профилактика ревматизма у детей

- Первичная профилактика включает проведение комплекса мероприятий, направленных на предупреждение развития ревматизма (улучшение жилищных условий и труда, ликвидация скученности в школах, занятий в две смены и т. д.) и борьбу со стрептококковой инфекцией (использование антибиотиков при ангинах и других острых заболеваниях носоглотки с контролем через 10 дней крови и мочи, санация очагов инфекции).
- Важное значение имеют закаливание и оздоровление детского коллектива.
- Рекомендации ВОЗ (1989) по предупреждению ревматизма и его рецидивов включают следующие мероприятия.
- Первичная профилактика - мероприятия, обеспечивающие правильное развитие ребёнка:
 - закаливание с первых месяцев жизни;
 - полноценное питание с достаточным содержанием витаминов;
 - рациональные физкультура и спорт;
 - борьба с инфекцией, вызванной стрептококком группы А (ангина, скарлатина), включающая назначение препаратов пенициллина в дозе 0,75-1,5 млн ЕД/сут в течение 10-14 дней. Рекомендуемый препарат - феноксиметилпенициллин (оспен).

- 
- Вторичная профилактика направлена на предупреждение рецидивов и прогрессирования болезни. Наиболее оптимальна круглогодичная профилактика, проводимая ежемесячно в течение не менее 5 лет. Всем детям, перенёсшим ревматизм, назначают:
 - бензатина бензилпенициллин + бензилпенициллин прокаина (бициллин5) в дозе 1,5 млн ЕД 1 раз в 4 нед детям школьного возраста;
 - бициллин5 в дозе 0,75 млн ЕД 1 раз в 2 нед больным дошкольного возраста.
 - Вторичная профилактика направлена на предупреждение прогрессирования и рецидивов ревматизма. Проводится круглогодичная бициллинопрофилактика не менее 3 лет при отсутствии рецидивов. Применяется бициллин-5 1 раз в 3 нед в дозе 600000 ЕД детям дошкольного возраста и в дозе 1 200000-1 500000 ЕД 1 раз в 4 нед детям старше 8 лет и подросткам. Кроме этого, после каждого интеркуррентного заболевания, а также весной и осенью в течение 3 - 4 нед проводятся курсы ацетилсалициловой кислотой в возрастной дозировке.
 - В последующие 2 года проводится только сезонная профилактика в течение 6 - 8 нед (бициллин-5 и ацетилсалициловая кислота). Периодически детей направляют в специализированные местные санатории.

Прогноз лечения

- В последние десятилетия значительно улучшился благодаря эффективным мерам борьбы со стрептококковой инфекцией и действенной патогенетической терапии. Реже стали встречаться случаи тяжелого течения ревматизма, сопровождающиеся бурными экссудативными проявлениями. Летальность снизилась с 11 - 12% до 0,4 - 0,1%. Она определяется сердечной недостаточностью, которая развивается при остром течении с высокой активностью в результате тяжелого миокардита или же при длительном течении ревматизма вследствие сформировавшегося порока сердца с гемодинамическими нарушениями. Сочетанные пороки и комбинированное поражение клапанов сердца обычно наблюдаются в результате повторных рецидивов заболевания. Первичный ревмокардит приводит к формированию клапанного порока сердца только у 10 - 15% больных, тогда как возвратный - у 40% больных.

-