

Л. В. Жерко, А. С. Казакова

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ НА СОВРЕМЕННОМ УРОВНЕ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНЫ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. В.И. Твардовский

Кафедра пропедевтики детских болезней,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. Современными особенностями острой ревматической лихорадки является снижения тяжести клинических проявлений, изменение характера внесердечной патологии.

Ключевые слова: острая ревматическая лихорадка.

Resume. Modern features of acute rheumatic fever is to reduce the severity of clinical manifestations, the changing nature of extracardiac pathology.

Keywords: acute rheumatic fever.

Актуальность. Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ) является причиной инвалидизации лиц молодого возраста, исход и прогноз заболевания зависит от того, насколько быстро поставлен диагноз и начато лечение, что требует уточнения основных критериев диагностики ОРЛ на современном уровне развития медицины. По оценкам Всемирной организации здравоохранения ежегодно от ревматических болезней сердца по всему миру умирает приблизительно 332000 человек [1].

Цель: изучение особенностей протекания ОРЛ у детей и подростков на современном уровне развития медицины для улучшения диагностики и лечения данной патологии.

Материал и методы. Были изучены все истории болезни детей и подростков, госпитализированных в ревматологическое отделение УЗ 4 ДГКБ г. Минска за последние 6 лет с 2011 по 2016 годы с диагнозом ОРЛ. Число первичных госпитализаций за 6 лет составило 45. Контрольная группа представлена 60 историями болезни детей, госпитализированных в гастроэнтерологическое и инфекционно-боксованное отделения УЗ 4 ДГКБ г. Минска. Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета программ Statistica 10,0.

Результаты и их обсуждение. Очаги хронической инфекции имели место у 100 % детей и подростков с ОРЛ: хронический тонзиллит был диагностирован в 87 % случаев, хронический фарингит – у 11,1 % человек, носоглоточные инфекции – 13,3 %, хронические отиты – 6,7 %, стрептококковые инфекции – в 22,2 % наблюдений. Отягощенный аллергологический анамнез имел место в 24,4 % случаев, отягощенный семейный анамнез по ревматическим болезням у 4,4 % детей. Лихорадка при поступлении отмечалась у 20 % пациентов.

ОРЛ 0–I и I степени активности была диагностирована у 53,3 % пациентов при первичной госпитализации, I–II и II степени активности – у 46,7 % пациентов. ОРЛ III степени активности за 6 лет наблюдений не диагностировалась.

Ревмокардит в виде эндомиокардита и миокардита имел место в 77,8 % наблюдений, вальвулит митрального клапана – у 62,2 % пациентов, вальвулит аортального клапана – в 28,9 % случаев. Ревматические полиартриты, олиго- или моноартриты коленных, локтевых, лучезапястных суставов были выявлены у 13,3 %

пациентов с ОРЛ, суставной синдром и артралгии – у 35,6 %. Малая хорея имела место в 4,4 % случаев.

Изменения на ЭКГ были выявлены у 86,7 % пациентов с ОРЛ. Основными отклонениями были синусовая тахикардия – у 15,6 % пациентов, синусовая брадикардия – в 11,1 % случаях, миграция водителя ритма – у 13,3 % пациентов, укорочение интервала PQ у 13,3 %, синдром наджелудочкового гребешка – у 24,4 %, изменения в миокарде левого желудочка – у 17,8 %.

При выполнении ЭхоКГ у 4,4 % исследуемых были выявлены врожденные пороки сердца: открытый артериальный проток и дефект межжелудочковой перегородки.

Малые аномалии сердца (МАС) имели место у 75,6 % обследованных детей с ОРЛ, самые частые МАС – аномально расположенные хорды левого желудочка (66,7 %), пролапс митрального клапана (24,4 %), аневризма межпредсердной перегородки (8,9 %), функционирующее овальное окно (13,3 %). Единичные и множественные МАС диагностированы у 51,7 % лиц контрольной группы: 51,7 % имели ложные хорды левого желудочка, из них сочетание ложной хорды левого желудочка и ПМК выявлено у 6,7 % пациентов, сочетание ложной хорды, ПМК и функционирующего овального окна – у 6,7 %. Различия частоты встречаемости МАС у пациентов с ОРЛ и другими заболеваниями были достоверны ($p < 0,05$).

Увеличение размеров печени по данным ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости и забрюшинного пространства было выявлено у 24,4 % пациентов с ОРЛ. Диффузные изменения печени в виде незначительного или умеренного равномерного повышения эхогенности паренхимы печени было диагностировано у 13,3 % детей и подростков. В контрольной группе увеличение размеров печени было выявлено у 25 % детей, диффузные изменения печени в виде незначительного или умеренного равномерного повышения эхогенности паренхимы печени по данным ультразвукового исследования имели 10 % детей и подростков, различия с основной группой были не достоверны.

Увеличение лимфатических узлов в воротах печени было диагностировано у 13,3 % пациентов с ОРЛ, в контрольной группе у 18,3 % пациентов, различия не достоверны. Диффузные изменения поджелудочной железы в виде незначительного равномерного повышения эхогенности были диагностированы у 17,8 % пациентов с ОРЛ и у 23,3 % пациентов контрольной группы, различия были не достоверны. Увеличение селезенки имело место у 22,2 % пациентов с ОРЛ и у 16,7 % пациентов контрольной группы, различия не достоверны.

У 24,4 % пациентов с ОРЛ была диагностирована гиперплазия щитовидной железы по данным УЗИ, у 11,1 % пациентов – кисты щитовидной железы. В контрольной группе гиперплазия щитовидной железы была выявлена в 1,7 % случаев, различия были достоверны ($p < 0,05$).

Особенностью пациентов с ОРЛ за период исследования была малая частота лабораторных маркеров острого воспаления: лейкоцитоз – в 22,2 % случаев, палочкоядерный сдвиг лейкоцитарной формулы влево в 6,7 % наблюдений, повышение СОЭ – у 15,6 % пациентов, СРБ был повышен у 24,4 % пациентов. У всех детей был повышен уровень антистрептолизина-О в диапазоне от 158 до 1600 МЕ/мл.

Заключение. На современном этапе ОРЛ развивается при наличии очагов хронической инфекции, нередко на фоне отягощенного аллергологического анамнеза. Отягощенный семейный анамнез по ревматическим болезням встречается редко. Наблюдается снижение тяжести клинических проявлений ОРЛ: редко встречается фебрильная температура; ОРЛ III степени активности практически не встречается; ревматические артриты, малая хорея формируются относительно редко; за период 6-летнего наблюдения не было выявлено кольцевидной эритемы, ревматических узелков. Наиболее типичное изменение на ЭКГ в виде замедления атриовентрикулярной проводимости за 6 лет диагностировано не было. Малые аномалии сердца характерны для пациентов с ОРЛ и могут являться частью фенотипа, способствующего поражению сердца при ОРЛ. Внесердечными проявлениями ОРЛ были гепатомегалия, спленомегалия, диффузные изменения со стороны печени, поджелудочной железы, увеличение лимфатических узлов в воротах печени, гиперплазия щитовидной железы. Особенностью протекания ОРЛ была малая частота лабораторных маркеров острого воспаления (СРБ и СОЭ).

Информация о внедрении результатов исследования. По результатам настоящего исследования опубликовано 4 статьи в сборниках материалов, 3 тезисов докладов, получен 1 акт внедрения в образовательный процесс (кафедра пропедевтики детских болезней БГМУ).

L. V. Zherko, A. S. Kazakova

CLINICAL-LABORATORY CHARACTERISTICS OF ACUTE RHEUMATIC FEVER AT THE MODERN DEVELOPMENT LEVEL OF MEDICINE

Tutor: assistant professor V.I. Tvardovskij

*Department of propaedeutics of childhood diseases
Belarusian state medical university, Minsk*

Литература

1. WHO Expert Consultation on Rheumatic Fever and Rheumatic Heart Disease. Rheumatic fever and rheumatic heart disease : report of a WHO Expert Consultation - Geneva, 29 October–1 November 2001: Geneva, Switzerland. Typeset in Hong Kong. Printed in Singapore. – 2003. – P. 130.