

Кемелов М.С.

МАЛАЯ ХОРЕЯ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ У ДЕТЕЙ: СЕРИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

Научный руководитель: Болотбекова А.Ж.

*Кафедра госпитальной педиатрии с курсом неонатологии им. академика Д.К. Кудаярова
Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева, г. Бишкек*

Актуальность. Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ) – постинфекционное аутоиммунное заболевание соединительной ткани, возникающее вследствие перекрёстного иммунного ответа на антигены β -гемолитического стрептококка группы А. Малая хорея (хорея Сиденгама) встречается в 10–30% случаев ОРЛ и входит в число больших диагностических критериев Джонса (пересмотр 2015 г.). Заболевание преимущественно поражает детей 5–15 лет и нередко представляет значительные диагностические трудности, особенно при изолированной форме без кардита и артрита.

Цель: продемонстрировать клинические особенности, диагностические сложности и терапевтическую тактику при малой хорее как проявлении ОРЛ у детей на примере трёх клинических случаев.

Материалы и методы. Представлены три клинических случая малой хорей у детей, госпитализированных в кардиоревматологическое отделение Национального центра охраны материнства и детства (НЦОМД) МЗ Кыргызской Республики в I квартале 2026 года. Проведён анализ анамнестических, клинических, лабораторных и инструментальных данных (общий и биохимический анализы крови, антистрептолизин-О (АСЛО), С-реактивный белок (СРБ), эхокардиография (ЭхоКГ), магнитно-резонансная томография (МРТ) и электроэнцефалография (ЭЭГ) головного мозга).

Результаты и их обсуждение. Во всех трёх наблюдениях ведущим синдромом являлись хореиформные гиперкинезы в сочетании с мышечной гипотонией и эмоциональной лабильностью. В случаях №1 и №2 гиперкинезы носили генерализованный характер, в случае №3 — форму гемихорей справа. Уровень АСЛО варьировал от 470 МЕ/мл до 2416 МЕ/мл (норма <200 МЕ/мл). При МРТ головного мозга органических изменений не выявлено ни в одном случае. У всех пациентов диагностирован кардит: недостаточность митрального клапана I степени (случай №1), вальвулит митрального и аортального клапанов (случай №2), недостаточность митрального клапана I–II степени (случай №3). В третьем случае зафиксирован отягощённый семейный анамнез (ОРЛ у старшей сестры) и повторный характер заболевания. На фоне комплексной терапии (пенициллины/цефтриаксон, глюкокортикостероиды, вальпроевая кислота или карбамазепин) во всех случаях достигнута положительная динамика – регресс гиперкинезов и улучшение самообслуживания.

Выводы. Малая хорея требует мультидисциплинарного подхода (педиатр, невролог, кардиолог). Диагноз основывается на характерном неврологическом симптомокомплексе, серологическом подтверждении стрептококковой инфекции, данных ЭхоКГ и исключении органической патологии центральной нервной системы. Раннее начало комплексной терапии и долгосрочная вторичная профилактика определяют благоприятный прогноз и предотвращают рецидивы ОРЛ.