

*Л. В Жерко, А. С Казакова*  
**ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА: ОСОБЕННОСТИ  
ТЕЧЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

*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 изменение клинических проявлений, изменение характера внесердечной патологии.

**Ключевые слова:** острая ревматическая лихорадка, малые аномалии сердца, ревмокардит.

**Resume.** Modern features of acute rheumatic fever is a changing in clinical manifestations, the changing nature of extracardiac pathology.

**Key words:** acute rheumatic fever, small heart anomalies, rheumatic heart disease.

**Актуальность.** Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ) остается весьма актуальной проблемой на современном уровне развития медицины вследствие поражения детей школьного возраста, которое впоследствии приводит к тяжелой инвалидизации и нередко к преждевременной смерти. Состав антигенов стрептококков, вызывающих ОРЛ, довольно вариабелен и постоянно изменяется, и, соответственно, меняются и формы протекания заболевания. В Республике Беларусь и Российской Федерации заболеваемость ревматизмом составляет от 0,2 до 0,18 на 1000 детского населения [1].

**Цель:** изучить особенности проявления ОРЛ у детей и подростков на современном уровне развития медицины для улучшения качества диагностики и лечения данной патологии.

**Задачи:**

1. Изучить особенности клинической картины ОРЛ.
2. Изучить особенности лабораторных признаков ОРЛ.
3. Изучить особенности ОРЛ по данным инструментальных методов исследования.

**Материал и методы.** Проведен анализ всех историй болезни детей и подростков, госпитализированных в ревматологическое отделение УЗ 4 ДГКБ г. Минска в период с 2011 по 2016 годы с диагнозом ОРЛ. Число первичных госпитализаций за данный период составило 45, средний возраст госпитализированных детей и подростков – 12,34 года (6-17 лет), из них было 20 девочек (44,4%) и 25 мальчиков (55,6%). Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета программ Statistica 10,0.

**Результаты и их обсуждение.** Очаги хронической инфекции были найдены у 100 % детей и подростков с ОРЛ: хронический тонзиллит был обнаружен в большинстве случаев заболевания (87 % детей), хронический фарингит был диагностирован у 11,1 % детей, стрептококковые инфекции – 22,2 %, носоглоточные инфекции – 13,3 %, хронические отиты – 6,7%, гипертрофия небных миндалин – 4,4 %. Скарлатиной до начала острой ревматической лихорадки болели 6,7 % детей. Отягощенный аллергологический анамнез имел место у 24,4% детей и подростков (наиболее часто встречался вазомоторный ринит и пищевая аллергия).

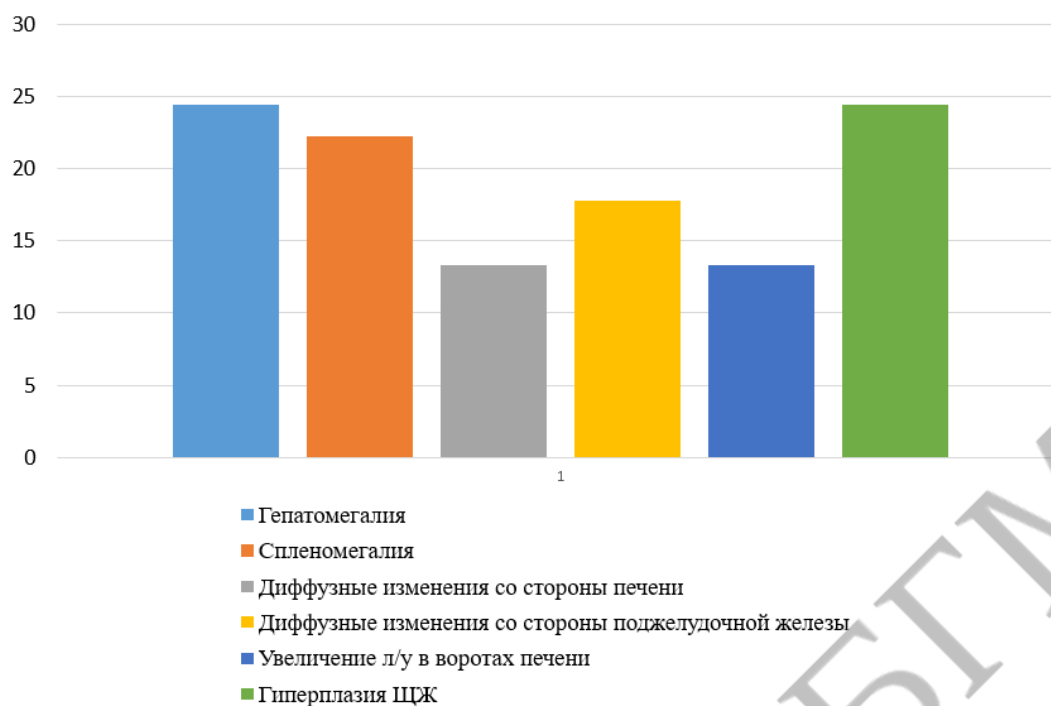
ОРЛ 0-I и I степени активности при первичной госпитализации была диагностирована у 53,3 % пациентов, I-II и II степени активности – у 46,7 % пациентов, ОРЛ III степени активности диагностирована не была. Наиболее важным прогностическим фактором при ОРЛ является наличие кардита (50% -70% пациентов при первой атаке ревматизма [3]). Ревмокардит в виде эндомиокардита и миокардита имел место у 77,8 % детей и подростков с ОРЛ. Вальвулит митрального клапана обнаружен у 62,2 % пациентов, вальвулит аортального клапана – у 28,9 % детей. Ревматические полиартриты, олиго- или моноартриты коленных, локтевых, лучезапястных суставов имели место у 13,3 % детей с ОРЛ, суставной синдром и артралгии – у 35,6 %. Малая хорея была выявлена у 4,4 % детей, кольцевидной эритемы, подкожных ревматических узелков у исследуемых детей и подростков выявлено не было. Субфебрильная и фебрильная температура при поступлении имела место у 20 % пациентов.

По результатам ЭКГ основными изменениями были синусовая тахикардия (15,6 %), синусовая брадикардия (11,1 %), синдром наджелудочкового гребешка (24,4 %), изменения в миокарде левого желудочка (17,8 %), неполной блокады правой ножки пучка Гиса (17,8 %), нарушение процессов реполяризации (13,3 %), миграция водителя ритма (13,3 %), укорочение интервала PQ (13,3 %), нарушения проводимости в виде атриовентрикулярной блокады 1 степени (6,7 %).

По данным эхокардиографии (ЭхоКГ) вальвулит митрального клапана сопровождался уплотнением краев створок митрального клапана у всех пациентов, митральной регургитацией I степени у 89,3 %, митральной регургитацией I-II степени у 10,7 %. Вальвулит аортального клапана проявлялся уплотнением краев створок аортального клапана у 100 % детей и подростков, аортальной регургитацией – у 92,3 %, из них 77 % имели аортальную регургитацию I степени, 15,4 % – I-II степени.

При выполнении ЭхоКГ у 4,4 % исследуемых были выявлены врожденные пороки сердца: открытый артериальный проток и дефект межжелудочковой перегородки. Малые аномалии развития сердца (МАРС) имели место у 75,6 % обследованных детей, самые частые МАРС – аномально расположенные хорды левого желудочка (66,7 %), пролапс митрального клапана (24,4 %), функционирующее овальное окно (13,3 %), аневризма межпредсердной перегородки (8,9 %). Сочетание двух МАРС было выявлено у 28,9 % обследованных, трех МАРС – у 2 %. Частота МАРС у пациентов с ОРЛ значительно превосходит частоту в популяции. В популяции по результатам ЭхоКГ пролапс митрального клапана встречается с частотой 1-2,5 %, по результатам Framingham исследования – в 2,4 % случаев, аневризма межпредсердной перегородки – у 1 % пациентов при скрининговых ультразвуковых исследованиях [2].

По данным ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости и забрюшинного пространства внесердечными проявлениями при ОРЛ были гепатомегалия (24,4 %), спленомегалия (22,2 %), диффузные изменения со стороны печени, поджелудочной железы (13,3 и 17,8 %, соответственно), увеличение лимфатических узлов в воротах печени (13,3 %), УЗИ щитовидной железы – гиперплазия щитовидной железы (24,4 %) (рисунок 1).



*Рисунок 1* – Внесердечные проявления ОРЛ.

Особенностью пациентов с ОРЛ за период исследования была малая частота лабораторных маркеров острого воспаления: лейкоцитоз – в 22,2 % случаев, палочко-ядерный сдвиг лейкоцитарной формулы влево в 6,7 % наблюдений, повышение СОЭ – у 15,6 % пациентов, СРБ был повышен у 24,4 % пациентов. Типичными изменениями в общем анализе крови были нейтрофилопения за счет сегментоядерных нейтрофилов в диапазоне от 18 до 46 % (57,8 % пациентов), лимфоцитоз в диапазоне 40–70 % (имел место у 66,7 % пациентов), моноцитоз (у 11,1 % пациентов), у всех детей был повышен уровень антистрептолизина-О в диапазоне от 158 до 1600 МЕ/мл.

#### **Выводы:**

1. В современных условиях наблюдается изменение клинических проявлений ОРЛ: высокая частота ресмокардита, вальвулита митрального и аортального клапанов, низкая частота полиартрита, малой хореи, отсутствие кольцевидной эритемы и подкожных ревматических узелков.

2. МАРС могут являться частью фенотипа человека, способствующего поражению сердца при ОРЛ.

3. Внесердечными проявлениями ОРЛ являются гепатомегалия, спленомегалия, диффузные изменения со стороны печени, поджелудочной железы, увеличение лимфатических узлов в воротах печени, гиперплазия щитовидной железы.

4. Характерна малая частота лабораторных маркеров острого воспаления (СРБ и СОЭ) и высокая частота повышения уровня АСЛ-О.

*L.V. Zherko, A.S. Kazakova*  
**ACUTE RHEUMATIC FEVER: OBJECTIVITY OF THE CURRENT IN  
MODERN CONDITIONS**

*Tutor: assistant professor V.I. Tvardovskij*  
*Department of propaedeutics of childhood diseases*  
*Belarusian State Medical University, Minsk*

**Литература**

1. Детские болезни : практ. пособие / А. В. Сикорский, А. М. Чичко, М. В. Чичко [и др.] ; под ред. А. М. Чичко, М. В. Чичко. – М.: ФУАинформ, 2013. – 896 с.
2. Диагностика и лечение наследственных и многофакторных нарушений соединительной ткани. Национальные клинические рекомендации [Электронный ресурс] - Министерство здравоохранения Республики Беларусь. Белорусское научное общество кардиологов. Белорусский государственный медицинский университет / Е. Л. Трисветова, Т. Д. Тябут Т.Д., Т. А. Нехайчик и др. - Минск 2014 г. – 72 с. – Режим доступа: <http://www.cardio.by/natsionalnie-rekomendatsii> (дата обращения 04.02.2017).
3. WHO Expert Consultation on Rheumatic Fever and Rheumatic Heart Disease. Rheumatic fever and rheumatic heart disease : report of a WHO Expert Consultation [Электронный ресурс] - Geneva, 29 October–1 November 2001: Geneva, Switzerland. Typeset in Hong Kong. Printed in Singapore. – 2003. – P. 130. – Режим доступа: [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_923.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_923.pdf) (дата обращения 12.11.2016).