

НУО Казахстанско-Российский медицинский университет
Кафедра: Пропедевтика внутренних болезней

СРС по модулю ССС
На тему: Ревматизм у детей

Алматы 2013

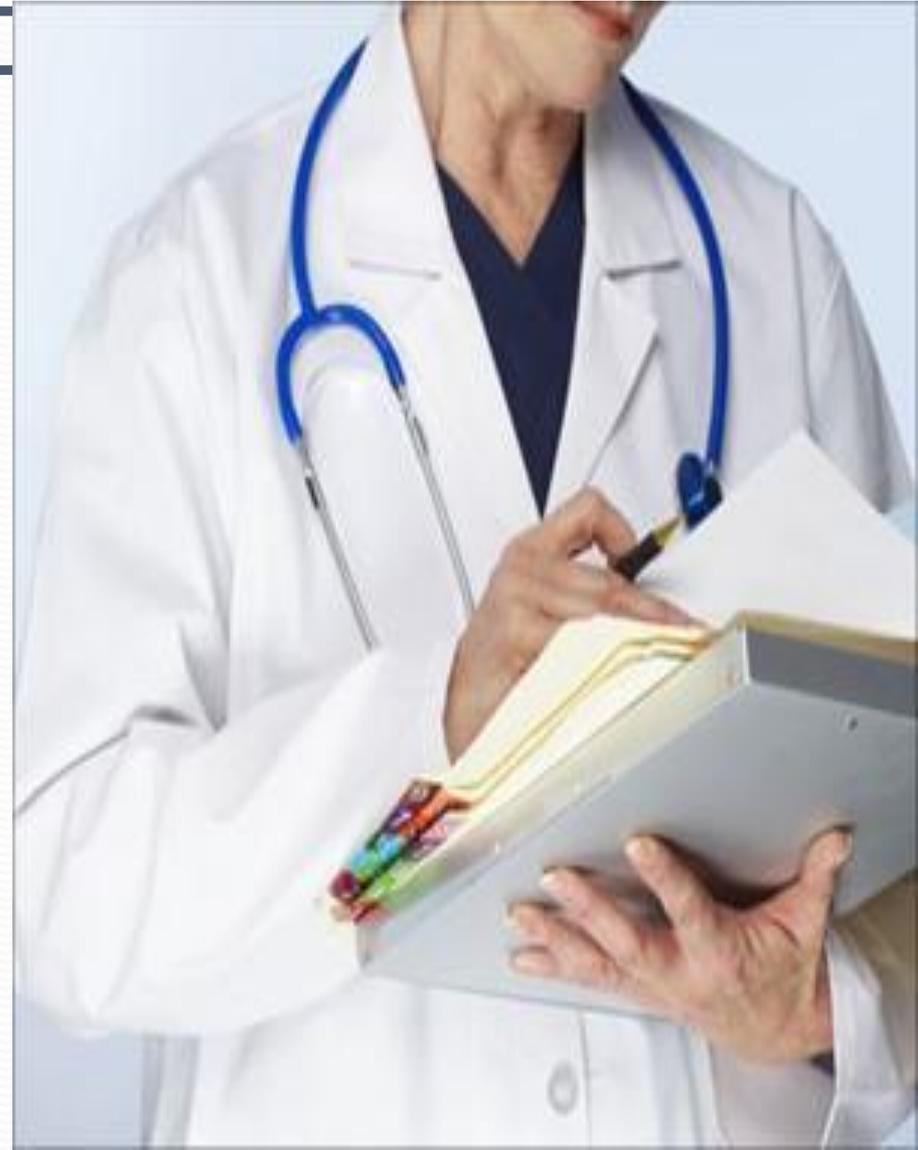
Содержание

- Введение
- Этиология, патогенез.
- Классификация ревматизма
 - А) Ревматический миокардит
 - Б) Диффузный ревматический миокардит
 - В) Выделяют 5 вариантов течения ревматизма:
- Симптомы ревматизма у детей
- Эпидемиология
- Патоморфология
- Как проявляется симптомы ревматизма у детей
- Клиника
- Диагностика
- Современное лечение ревматизма у детей
- Профилактика
- Заключение
- Список использованной литературы

- Ревматизм у детей (rheumatismus) - системное заболевание соединительной ткани воспалительного характера с преимущественным поражением сердечно-сосудистой системы, этиологически связанное с Р-гемолитическим стрептококком группы А. Наиболее часто (80%) ревматизм развивается в детском возрасте (7-15 лет), в 30% случаев имеет семейный характер. Заболевание наблюдается примерно у 1 % школьников, в раннем возрасте (до 2 лет) практически не встречается. Ревматизм является основной причиной приобретенного заболевания сердца у детей. Рост благосостояния, улучшение жилищных условий, а также организация системы специализированной помощи и комплексной профилактики ревматизма обусловили значительное снижение заболеваемости - до 0,18 на 1000 детского населения.

Большой вклад

- В разработку проблемы детского ревматизма внесли большой вклад отечественные педиатры - В. И. Молчанов, А. А. Кисель, М. А. Скворцов, А. Б. Воловик, В. П. Бисярина, А. В. Долгополова и др.



Этиология, патогенез.

- Основной этиологический фактор при острых формах заболевания – β -гемолитический стрептококк группы А. У пациентов с затяжными и непрерывно рецидивирующими формами ревмокардита установить связь заболевания со стрептококком часто не удастся. В развитии ревматизма особое значение придают иммунным нарушениям.
- Предполагают, что сенсibiliзирующие агенты в организме (стрептококк, вирусы, неспецифические антигены и т. д.) могут приводить на первых этапах к развитию иммунных воспалений в сердце, а затем к нарушению антигенных свойств его компонентов с преобразованием их в аутоантигены и развитием аутоиммунного процесса. Особую роль в развитии ревматизма играет генетическое предрасположение.

Классификация ревматизма:

- Течение ревматизма имеет две фазы - активную и неактивную. Различают три степени активности: I - минимальная, II - умеренная, III - максимальная, каждая из которых определяется выраженностью клинических симптомов и изменений лабораторных показателей. При III степени активности преобладает экссудативный компонент воспаления, имеются высокая лихорадка, яркие клинические проявления ревмокардита, полисерозита, суставного синдрома. Выражены отчетливые рентгенологические, электро- и фонокардиографические признаки кардита. Все это сочетается с резкими изменениями лабораторных показателей. Нейтро-фильный лейкоцитоз превышает $10 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ более 40 мм/ч, С-реактивный белок резко положительный, уровень сывороточных глобулинов превышает 25%, в 3 - 5 раз повышены титры антистрептококковых антител и др.

- При II степени активности клинические, рентгенологические, электрофо-нокардиографические признаки заболевания выражены умеренно, лихорадка может отсутствовать, изменения лабораторных показателей не столь резкие. При I степени активности полностью отсутствует экссудативный компонент воспаления, клинические и инструментально-лабораторные признаки ревматизма выражены слабо. Неактивная фаза (межприступный период) у большинства больных характеризуется отсутствием жалоб и клинических признаков болезни, нормальными инструментальными и лабораторными показателями и возможным регрессированием имевшихся ранее сердечных изменений. Лишь у некоторых больных в неактивной фазе могут периодически сохраняться недомогание, субфебрилитет и наблюдается медленное прогрессирование хронически текущего кардита с формированием порока клапанов или кардиосклероза. Длительность неактивной фазы может колебаться от нескольких месяцев до нескольких лет.

- Классификацию проводят также по локализации активного ревматического процесса (кардит, артрит, хорея и т. д.), состоянию кровообращения и течению болезни. Выделяется острое течение ревматизма, подострое, затяжное, непрерывно рецидивирующее и латентное (клинически бессимптомное). Выделение латентного течения оправдано только для ретроспективной характеристики ревматизма: латентное формирование порока сердца и т. д.

Рабочая классификация и номенклатура ревматизма

Фаза болезни	Клинико-анатомическая характеристика поражения		Характер течения	Состояние кровообращения
	сердца*	других органов и систем		
Активная I, II, III степени	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ревмокардит первичный без порока клапанов. 2. Ревмокардит возвратный с пороком клапана (каким). 3. Ревматизм без явных сердечных изменений 	<p>Полиартрит, серозиты (плеврит, перитонит, абдоминальный синдром).</p> <p>Хорея, энцефалит, менингоэнцефалит, церебральный васкулит, нервно-психические расстройства.</p> <p>Васкулиты, нефриты, гепатит, пневмония, поражение кожи, ирит, иридоциклит, тиреоидит</p>	<p>Острое, подострое затяжное, вялое.</p> <p>Непрерывно рецидивирующее.</p> <p>Латентное</p>	<p>H₀ — нет недостаточности кровообращения;</p> <p>H₁ — недостаточность I степени;</p> <p>H₂ — недостаточность II степени;</p> <p>H₃ — недостаточность III степени</p>
Неактивная	<ol style="list-style-type: none"> 1. Миокардиосклероз ревматический. 2. Порок сердца (какой) 	<p>Последствия и остаточные явления перенесенных внесердечных поражений</p>		

* По возможности следует уточнить ведущую локализацию поражения (миокардит, эндокардит, перикардит, коронарит) и указать количество атак.

Ревматический миокардит

- При перкуссии сердце нормальных размеров или умеренно увеличено влево, при аускультации и ФКГ характерны удовлетворительная звучность тонов или небольшое приглушение I тона, иногда возникновение III, реже IV тона, мягкий мышечный систолический шум на верхушке сердца и проекции митрального клапана.
- Артериальное давление нормальное или умеренно снижено. На ЭКГ – уплощение, уширение и зазубренность зубца P и комплекса QRS, реже удлинение интервала PQ более 0,2 с. У ряда больных регистрируются небольшое смещение интервала ST книзу от изоэлектрической линии и изменения зубца T (низкий, отрицательный, реже двухфазный прежде всего в отведениях V₁ – V₃). Редко наблюдаются экстрасистолы, атриовентрикулярная блокада II или III степени, внутрижелудочковая блокада, узловой ритм.

- Характерно симметричное поражение крупных суставов – обычно коленных, лучезапястных, голеностопных, локтевых. Типична «летучесть» воспалительных изменений, проявляющаяся в быстром и обратном развитии артритических явлений в одних суставах и столь же быстром их нарастании в других. Все суставные проявления исчезают бесследно; даже без лечения они длятся не более 2 – 4 недель.
- Ревматический миокардит при отсутствии сопутствующего порока протекает нетяжело с жалобами на слабые боли или неясные неприятные ощущения в области сердца, легкую одышку при нагрузках, реже – на сердцебиения или перебои.

- Диффузный ревматический миокардит проявляется бурным воспалением миокарда с его выраженным отеком и нарушением функции. С начала заболевания беспокоят выраженная одышка, заставляющая принимать положение ортопноэ, постоянная боль в области сердца, учащенное сердцебиение. Характерно «бледный цианоз», набухание шейных вен.
- Сердце значительно и диффузно расширено, верхушечный толчок слабый. Тоны резко приглушены, часто выслушивается четкий III тон (протодиастолический ритм галопа) и отчетливый, но мягкий систолический шум. Пульс частый, слабого наполнения. Артериальное давление понижено.

- Венозное давление быстро повышается, но с присоединением коллапса также падает. На ЭКГ отмечают снижение вольтажа всех зубцов, уплощение зубца Г, изменение интервала ST, атриовентрикулярную блокаду.
- Исходом ревматического миокардита при отсутствии активного лечения может быть миокардитический кардиосклероз, выраженность которого часто отражает степень распространенности миокардита. Очаговый кардиосклероз не нарушает функции миокарда.
- Диффузному миокардитическому кардиосклерозу свойственны признаки снижения сократительной функции миокарда: ослабление верхушечного толчка, приглушение тонов (особенно I), систолический шум.

Таблица 1. Основные возбудители острого тонзиллита

Возбудители	Заболевания
<p>Бактерии Стрептококки группы А Стрептококки группы С и G Анаэробы/спирохеты <i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Neisseria meningitidis</i> <i>Corynebacterium diphtheria</i> <i>Arcanobacterium haemolyticum</i> <i>Yersinia enterocolitica</i> <i>Yersinia pestis</i> <i>Francisella tularensis</i> <i>Listeria monocytogenes hominis</i></p>	<p>Фарингит, тонзиллит, ревматизм Фарингит, тонзиллит, скарлатиноподобная сыпь Ангина Симановского–Винсента Фарингит, тонзиллит Фарингит, эпиглотит, назофарингит Дифтерия Фарингит, скарлатиноподобная сыпь Фарингит, энтероколит Чума, ангинозно–бубонная форма Туляремия (орофарингеальная форма) Катарально–пленчатый тонзиллит, мононуклеарная реакция, сепсис</p>
<p>Вирусы Риновирус Ротавирус Коронавирус Пикорновирус (ящур) Аденовирус Вирус простого герпеса 1 и 2 Вирус парагриппа Вирус Коксаки А9, В1–5 ЕСНО (multiple types) Вирус Эпштейна–Барра Цитомегаловирус ВИЧ Вирус гриппа А и В Энтеровирусы 71</p>	<p>ОРЗ ОРЗ, энтерит, катаральная ангина ОРЗ Герпетическая ангина, афтозный стоматит Лихорадка с фарингоконъюнктивитом, аденоидит Фарингит, гингивостоматит, герпангина ОРЗ, круп, аденоидит Герпангина, экзантема кистей, стоп и полости рта Везикулярный фарингит, тонзиллит Инфекционный мононуклеоз, фолликулярная, лакунарная ангина (пленчатая) Цитомегаловирусный мононуклеоз Первичная ВИЧ–инфекция Грипп Везикулярно–язвенный тонзиллофарингит</p>
<p>Микоплазмы <i>Mycoplasma pneumoniae</i></p>	<p>Пневмония, бронхит, фарингит, тонзиллит</p>
<p>Хламидии <i>Chlamydia psittaci</i> <i>Chlamydia pneumoniae</i></p>	<p>ОРЗ, пневмония, тонзиллит, аденоидит Пневмония, фарингит, тонзиллит, аденоидит</p>

Выделяют 5 вариантов течения ревматизма:

- 1) острое - с быстрым нарастанием и исчезновением симптомов болезни и сохранением признаков активности III - II степени в течение 2 - 3 мес и хорошим эффектом терапии; 2) подострое - с более медленным развитием симптомов, склонностью к обострениям и длительностью активной фазы (II степень) до 3 - 6 мес; 3) затяжное - с постоянным развитием симптомов и активностью I -II степени более 6 мес, без четких ремиссий и слабым, нестойким эффектом антиревматической терапии; 4) непрерывно-рецидивирующее, волнообразное, с обострениями и неполными ремиссиями, с активностью I -III степени до 1 года и более; 5) латентное - скрытое хроническое течение без признаков активности процесса. Диагноз устанавливается ретроспективно по признакам формирования клапанного порока сердца.

Симптомы ревматизма у детей

- Наиболее часто заболевание развивается через 1 – 3 недели после перенесенной ангины или реже другой инфекции. При повторных атаках этот срок может быть меньшим. Рецидивы болезни часто развиваются после любых интеркуррентных заболеваний, оперативных вмешательств, физических перегрузок. Проявлением ревматизма, является сочетание острого мигрирующего и полностью обратимого полиартрита крупных суставов с умеренно выраженным кардитом.

- Начало симптомов ревматизма у детей острое, бурное, реже подострое. Быстро развивается полиартрит, сопровождающийся ремиттирующей лихорадкой до 38 – 40 °С с суточными колебаниями 1 – 2 °С и сильным потом, но обычно без озноба. Первым симптомом ревматизма у детей является нарастающая острая боль в суставах, усиливающаяся при малейших пассивных и активных движениях. К боли присоединяется отечность мягких тканей в области суставов, и одновременно появляется выпот в суставной полости. Кожа над пораженными суставами горячая, пальпация их резко болезненна, объем движений из-за боли ограничен.

Эпидемиология

Установлена связь между началом заболевания и перенесенной стрептококковой инфекцией, в основном в виде ангины (обострения хронического тонзиллита), назофарингита, синусита, отита. Немаловажным является и тот факт, что ревматизм у детей чаще регистрируется там, где имеется повышенная плотность населения (среди городских школьников) и велика возможность передачи инфекции от одного лица другому. Различные заболевания стрептококковой природы (скарлатина, гломерулонефрит, ревматизм, катары верхних дыхательных путей, септические очаги и т. д.) встречаются у 10-20% детей школьного возраста и чаще в закрытых коллективах. Источником инфекции является больной, стрептококки которого попадают на предметы быта. Наибольшая заразительность отмечается в первые 24-48 ч, но больной остается опасным для окружающих на протяжении 3 нед. В распространении инфекции имеет значение и носительство вирулентных штаммов стрептококка группы А. Во внешней среде он сравнительно устойчив: под влиянием соответствующих условий возможна трансформация его в L-формы (безоболочечные формы стрептококка). Зараженные лица часто переносят стрептококковую инфекцию в стертой форме или почти бессимптомно (в 20 - 40% случаев), и у них также возможно развитие ревматизма.

Патоморфология

- Для ревматизма характерно преимущественное поражение соединительной ткани. Классически выделяют четыре стадии патологического процесса при ревматизме: мукоидное набухание, фибриноидные изменения, пролиферативные реакции и склероз. В стадию мукоидного набухания возможно обратное развитие процесса. Проллиферативная стадия характеризуется формированием ревматической гранулёмы, состоящей из крупных базофильных клеток гистиоцитарного происхождения, гигантских многоядерных клеток, а также из лимфоидных, плазматических и тучных клеток. Типичные ревматические гранулёмы выявляют только в сердце (в настоящее время довольно редко). В патологический процесс вовлекаются также сосуды микроциркуляторного русла, серозные оболочки, суставы и нервная система. В основе поражения нервной системы лежит ревматический васкулит, а при хорее - поражение клеток подкорковых ядер. Изменения кожи и подкожной клетчатки также обусловлены васкулитом и очаговой воспалительной инфильтрацией.

Таблица 2. Классификация и номенклатура ревматизма (ВНОР, 1990)

Фаза болезни	Клинико-морфологическая характеристика поражений		Характер течения болезни	Недостаточность кровообращения, стадии
	сердца	других органов и систем		
Активная I, II, III степень активности	Ревмокардит –первичный –возвратный (без порока сердца) –выраженный –умеренный –слабый Ревмокардит возвратный (с пороком сердца)	Полиартрит Полиартралгии Малая хорея Абдоминальный синдром и другие серозиты Кольцевидная эритема Ревматические узелки Ревматическая пневмония Цереброваскулит	Острое Подострое Затяжное Рецидивирующее Латентное	Ho H I H IIА H IIБ H III
Неактивная	Порок сердца (какой) Миокардиосклероз Без сердечных изменений			

Как проявляется ревматизм у детей: СИМПТОМЫ

- Все проявления ревматизма у детей связаны с выработкой организмом в ответ на воздействие негативного инфекционного агента своеобразного средства защиты – С-реактивного белка. Это вещество, которое и вызывает хроническое или острое воспаление в очаге поражения.
- Все было бы неплохо, если бы не было деструкции ткани этим белком. Но, борясь с вражеским агентом, С-реактивный белок захватывает и вполне здоровые клетки. Так начинается постепенная деформация суставов и сердечных перегородок. С каждой атакой стрептококка ответная реакция организма ребенка усиливается. Патологические изменения суставов и сердца увеличиваются. В конечном итоге это приводит к тому, что пораженные органы перестают справляться в физиологическими нагрузками. Ребенок становится инвалидом

Основные симптомы ревматизма у детей:

- быстрая утомляемость;
- покраснения суставов;
- жалобы на боль в ногах при физических нагрузках;
- мышечные боли;
- частое повышение температуры тела;
- жалобы на боль в сердце;
- учащенный пульс при незначительных физических нагрузках;
- вялость малыша, потеря интересов к привычным для него занятиям.

- При лабораторном исследовании в биохимическом анализе крови выделяется С-реактивный белок. Также смещаются в сторону увеличения лейкоцитарные показатели и скорость оседания эритроцитов. С помощью рентгенологических методов исследования можно увидеть деструктивные изменения суставной ткани. На ЭКГ выявляются нарушения проводимости электрического импульса. Для уточнения диагноза ревматического миокардита или порока сердца назначается ультразвуковое исследование.

Профилактика ревматизма у детей

- Основная профилактика ревматизма у детей – это препятствование проникновению в организм ребенка стрептококка. Для этого важно:
- проверять всех членов семьи на носительство;
- проводить профилактику поражения стрептококком;
- при ангинах и частых простудах проводить профилактику ревматизма с помощью самого обычного аспирина.
- Лучшая **профилактика ревматизма у детей** – это закаливание, правильный режим труда и отдыха, качественное питание. Поддержка иммунитета в отличном состоянии поможет вашему малышу преодолеть любые болезнетворные бактерии.

Клиника

- Клинические проявления в виде одышки, которая усиливается, когда больной ложится. Область сердца при большом количестве экссудата взбухает, межреберья сглажены, верхушечный толчок не пальпируется. Сердце значительно увеличено и принимает форму трапеции или круглого графита. Пульсация контуров при рентгеноскопии малая. При аускультации тоны и шумы глухие (так как имеется выпот). Пульс частый, малого наполнения; артериальное давление понижено.

- Венозное давление всегда повышено, появляется набухание шейных и периферических вен. Электрокардиограмма такая же, как при сухом перикардите, добавочным симптомом может быть заметное снижение вольтажа комплекса QRS. Особенное диагностическое значение имеет эхо-кардиография, которая устанавливает наличие жидкости в сердечной сумке. При поражении кожных покровов практически характерна кольцевая эритема, представляющая собой розовые кольцевидные элементы, которые никогда не зудят и располагаются преимущественно на кожных покровах внутренней поверхности рук и ног, а также живота, шеи, туловища. Она обнаруживается только у 1–2 % больных. «Ревматические узелки», описываемые в старых руководствах, сейчас практически не встречаются. Также не характерны узловатая эритема, геморрагии, крапивница. При поражении почек выявляются слабо выраженные протеинурия и гематурия (вследствие генерализованного васкулита и поражения почечных клубочков и канальцев). Поражения нервной системы и органов чувств. Малая хорея, наиболее типичная «нервная форма» ревматизма, наблюдается преимущественно у детей, особенно у девочек. Малая хорея характеризуется сочетанием эмоциональной лабильности с мышечной гипотонией и насильственными движениями туловища, мимической мускулатуры и конечностей. Малая хорея протекает с рецидивами, однако уже к 17–18 годам практически всегда заканчивается. Особенностью этой формы может быть сравнительно небольшое поражение сердца, а также незначительно выраженные лабораторные показатели активности ревматизма.

Диагностика

- Диагноз устанавливают с помощью основных критериев, разработанных А. А. Киселем, а затем Джонсом и дополненных А. И. Нестеровым, которые включают: 1) кардит, 2) полиартрит, 3) хорею, 4) ревматические узелки, анулярную сыпь; 5) ревматический анамнез (связь со стрептококковой инфекцией и наличие среди ближайших родственников больных ревматическими заболеваниями); 6) доказательства эффективности противоревматической терапии. К дополнительным диагностическим критериям относятся: лихорадка, артралгии, лейкоцитоз, увеличение СОЭ, появление С-реактивного белка, удлинение интервала PQ на ЭКГ, предшествующая стрептококковая инфекция. Достоверным считается диагноз, основанный на сочетании хотя бы одного из 3 основных признаков ревматизма (кардит, полиартрит, хорея) с несколькими другими основными или дополнительными признаками. В противном случае диагноз будет только вероятным или возможным. Правильно поставленный диагноз должен отражать фазу и степень активности патологического процесса с указанием его локализации (эндомиокардит, перикардит, анулярная сыпь, пневмония и т. д.), а также характера течения активной фазы и степени сердечной недостаточности.

Дифференциальный диагноз.

- При затяжном течении с минимальной активностью ревматического процесса дифференциальный диагноз проводится с хронической тонзиллогенной или туберкулезной интоксикацией и в части случаев может быть окончательно решен лишь при появлении отчетливых признаков поражения клапанов сердца. Кроме того, ревматизм дифференцируют от неревматических кардитов, инфекционного эндокардита, системной красной волчанки и других диффузных болезней соединительной ткани, инфекционноаллергического и ревматоидного артрита, а также тиреотоксикоза (см. соответствующие разделы). Лечение ревматизма у детей В нашей стране разработана стройная система мероприятий, включающих оказание лечебно-профилактической помощи населению на различных этапах патологического процесса. Залогом успешного лечения является ранняя диагностика, что означает распознавание ревматизма в первые 7-10 дней от начала атаки, а также раннее начало терапии (с 10-14-го дня). Основными принципами патогенетической терапии ревматизма являются борьба со стрептококковой инфекцией, активное воздействие на текущий воспалительный процесс и подавление гипериммунной реакции организма ребенка.

Таблица 3. Медикаментозная терапия ревматизма у детей

Действие терапии	Наименование и доза препарата	Показания к применению
Антибактериальное	Пенициллин – 750000–1000000 ед. в сут	Первая атака ревматизма и его рецидивы
	Бициллин-5 – 750000–1500000 ед. 1 раз в 4 нед в зависимости от возраста	После курса пенициллина круглогодично
Антиревматическое	1. НПВП: диклофенак – 2–3 мг/кг/сут индометацин – 2–3 мг/кг/сут ацетилсалициловая кислота – 0,2 г на 1 год жизни в сутки (не более 1,5–2,0 г/сут)	Низкая степень активности Изолированный суставной синдром Затяжное, латентное течение
	2.ГКС: преднизолон – начальная доза 0,7–0,8 мг/кг/сут (не более 1 мг/кг/сут)	Высокая или умеренная степень активности Ярко или умеренно выраженный кардит Малая хоря Острое, подострое, рецидивирующее течение
	3.Хинолиновые производные (хлорохин, гидроксихлорохин) – 0,06–0,25 г/сут	Затяжное или рецидивирующее течение
Симптоматическое	1. Сердечные гликозиды (дигоксин и др.) 2. Периферические вазодилататоры (нитроглицерин и др.) 3. Диуретики (фуросемид, спиронолактон) 4. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (каптоприл, эналаприл)	Острая или хроническая сердечная недостаточность
	5. Другие препараты (витамины С, группы В, антигистаминные, антиаритмические, седативные, антидистрофические и др.)	В зависимости от особенностей клинической картины и фазы (активная, неактивная) заболевания.

Современное лечение

ревматизма у детей

- В нашей стране разработана стройная система мероприятий, включающих оказание лечебно-профилактической помощи населению на различных этапах патологического процесса. Залогом успешного лечения является ранняя диагностика, что означает распознавание ревматизма в первые 7-10 дней от начала атаки, а также раннее начало терапии (с 10-14-го дня). Основными принципами патогенетической терапии ревматизма являются борьба со стрептококковой инфекцией, активное воздействие на текущий воспалительный процесс и подавление гипериммунной реакции организма ребенка. Лечение 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 - П/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. Рекомендуется дробный прием пищи (5 - 6 раз в сутки). Трудноперевариваемые продукты, соления, экстрактивные вещества исключаются. Иногда проводятся разгрузочные дни (при недостаточности кровообращения II -III степени). Средства от ревматизма для 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.

Профилактика

- 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. 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.

Заключение

- 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.

Список использованной литературы

- 1) Ибин Сина. Канон врачебной науки. Ташкент, изд-во «ФАН»
- 2) Малая медицинская энциклопедия. М., изд-во “Советская энциклопедия”, 1967.
- 3) Здоровье матери и ребенка. Энциклопедия. Киев, изд-во “Украинская энциклопедия” ,1993
- 4) Д.Ф. Чеботарев. Гериатрия. М., “Медицина” 1990
- 5) Набари в google “ревматизм у детей”)