

ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА У ДЕТЕЙ

- Наибольшая заболеваемость острой ревматической лихорадкой наблюдается у детей в возрасте 7-15 лет.
- Ее распространенность среди детского населения, по данным разных авторов, колеблется от 0,3 до 0,8 на 1000, что сравнимо с показателями развитых стран.

Острая ревматическая лихорадка -

постинфекционное осложнение А-стрептококкового тонзиллита или фарингита в виде системного воспалительного заболевания соединительной ткани с преимущественной локализацией в сердечно-сосудистой системе, суставах, мозге и коже, развивающееся у предрасположенных лиц в связи с аутоиммунным ответом организма на антигены стрептококка.

Примерно с 1985 года ситуация по острой ревматической лихорадке у детей ухудшилась:

- стала нарастать первичная заболеваемость,
- увеличилось число хронических ревматических болезней сердца.

Это свидетельствует о возрастающей актуальности данной проблемы.

Этиопатогенез

- Решающее значение в этиологии ревматизма имеет **β -гемолитический стрептококк группы А**.
- Особая роль отводится **М-протеину**, входящему в состав клеточной стенки стрептококка.
- Известно более 80 разновидностей М-протеина.
- Ревматогенными считают **М-5, М-6, М-18 и М-24**.

- Острая ревматическая лихорадка возникает в организме, особо реагирующем на стрептококковую инфекцию, т.е. у лиц с генетической недостаточностью иммунитета к стрептококку.
- Таким образом, острую ревматическую лихорадку можно считать болезнью наследственного предрасположения. Это подтверждается более частой заболеваемостью детей из семей, в которых кто-то из родителей страдает данной патологией.

- Генетическим маркером данного заболевания, по мнению ряда исследователей, является **аллоантиген В-лимфоцитов**, определяемый с помощью моноклональных антител.
- Он обнаруживается у больных острой ревматической лихорадкой почти в 100% случаев.

- Стрептококк воздействует на организм своими токсинами, которые обладают свойствами антигена, и к ним вырабатываются антитела.
- Иммуные комплексы, циркулируя в сосудистой системе, фиксируются в стенке сосудистого микроциркуляторного русла и повреждают их.

- Из-за общности антигенного строения стрептококка и соединительной ткани сердца иммунные реакции в оболочках сердца (**молекулярная мимикрия**) повреждают их с образованием аутоантигенов и аутоантител

Морфологические изменения

отражают системную дезорганизацию соединительной ткани, особенно сердечно-сосудистой системы со специфическими некротически-пролиферативными реакциями (гранулемы Ашоффа-Талалаева) и неспецифическими экссудативными проявлениями.

КЛАССИФИКАЦИЯ
РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ
(2003)

Клинические варианты

- Острая ревматическая лихорадка
- Повторная ревматическая лихорадка

Клинические проявления

Основные:

- Кардит
- Артрит
- Хорея
- Кольцевидная эритема
- Ревматические узелки

Клинические проявления

Дополнительные:

- Лихорадка
- Артралгии
- Абдоминальный синдром
- Серозиты

Исход

- Выздоровление
- Хроническая ревматическая болезнь сердца:
 - без порока сердца
 - порок сердца

Стадия НК

КСВ

НУНА

0

0

I

I

IIА

II

IIБ

III

III

IV

Повторная ревматическая лихорадка

Рассматривается как новый эпизод острой ревматической лихорадки (но не рецидив первого), проявляется преимущественно кардитом, реже кардитом и полиартритом, редко хореей.

Кардит

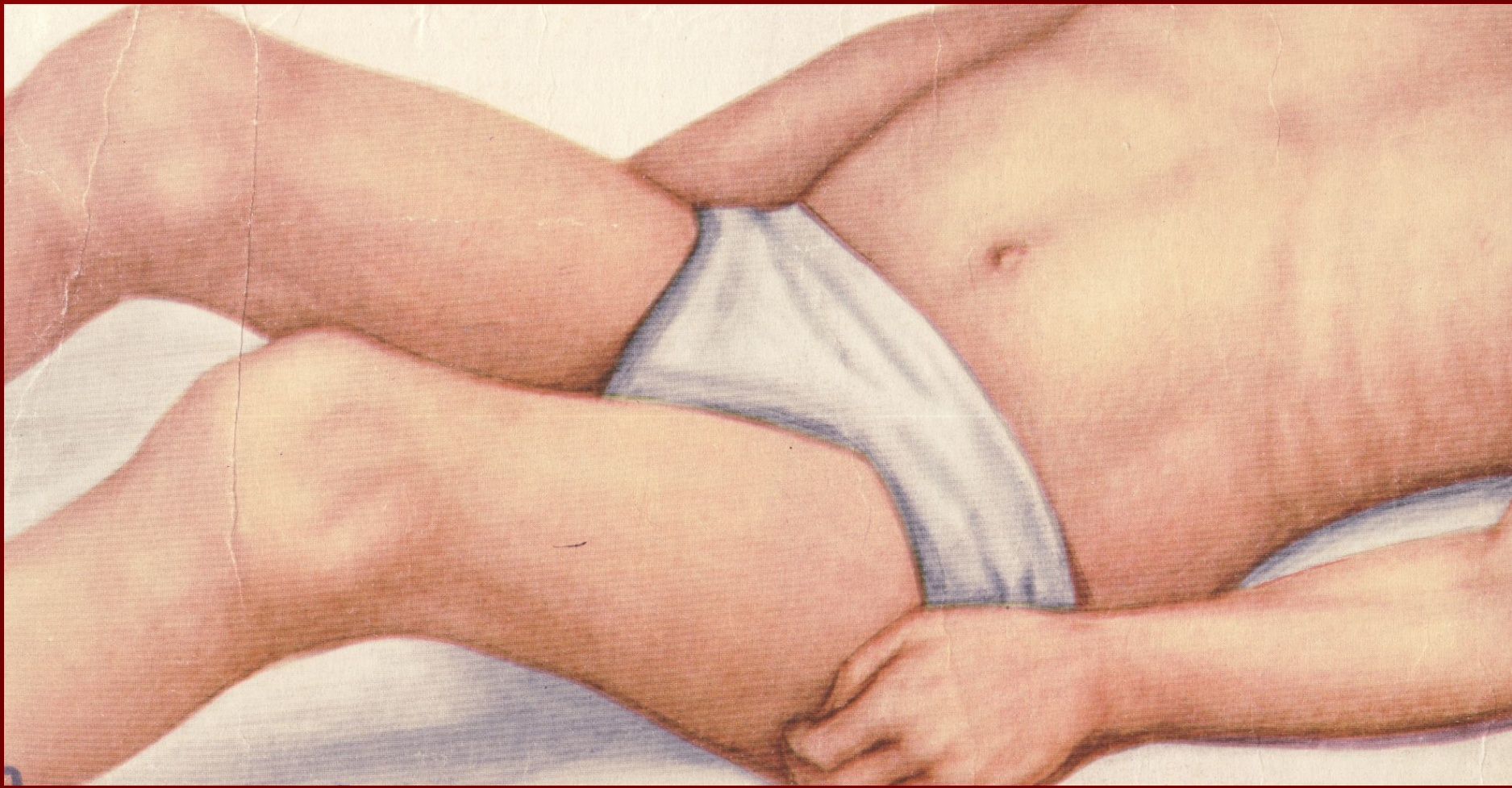
поражение сердца по типу вальвулита (преимущественно митрального, реже аортального клапана), проявляющееся органическим сердечным шумом

Симптомы ревматического вальвулита

- Дующий связанный с I тоном систолический шум на верхушке (митральная регургитация)
- Непостоянный низкочастотный мезодиастолический шум в митральной области
- Высокочастотный убывающий протодиастолический шум, выслушиваемый вдоль левого края грудины (аортальная регургитация)

Ревматический полиартрит

- Мигрирующий полиартрит преимущественно крупных и средних суставов.
- Преобладающая форма поражения в современных условиях – преходящий олигоартрит и реже моноартрит.
- Отличается доброкачественностью и быстрой полной регрессией воспалительных изменений в суставах под влиянием адекватной противовоспалительной терапии.



Ревматическая хорея

Поражение нервной системы, которое характеризуется:

- хореическими гиперкинезами;
- мышечной гипотонией (вплоть до дряблости мышц с имитацией параличей);
- сосудистой дистонией;
- психоэмоциональными нарушениями (неустойчивость настроения, раздражительность, плаксивость и др.).

Кольцевидная эритема

- Бледно-розовые кольцевидные высыпания диаметром от нескольких мм до 5-10 см с преимущественной локализацией на коже туловища и проксимальных отделов конечностей (но не на лице).
- Имеет транзиторный мигрирующий характер.
- Не возвышается над уровнем кожи, не сопровождается зудом, бледнеет при надавливании, быстро регрессирует без остаточных явлений (пигментаций, шелушения, атрофических изменений).

Подкожные ревматические узелки

- Округлые плотные малоподвижные безболезненные образования различных размеров на разгибательной поверхности суставов с циклом обратного развития от 2 недель до 1 месяца.



Лихорадка

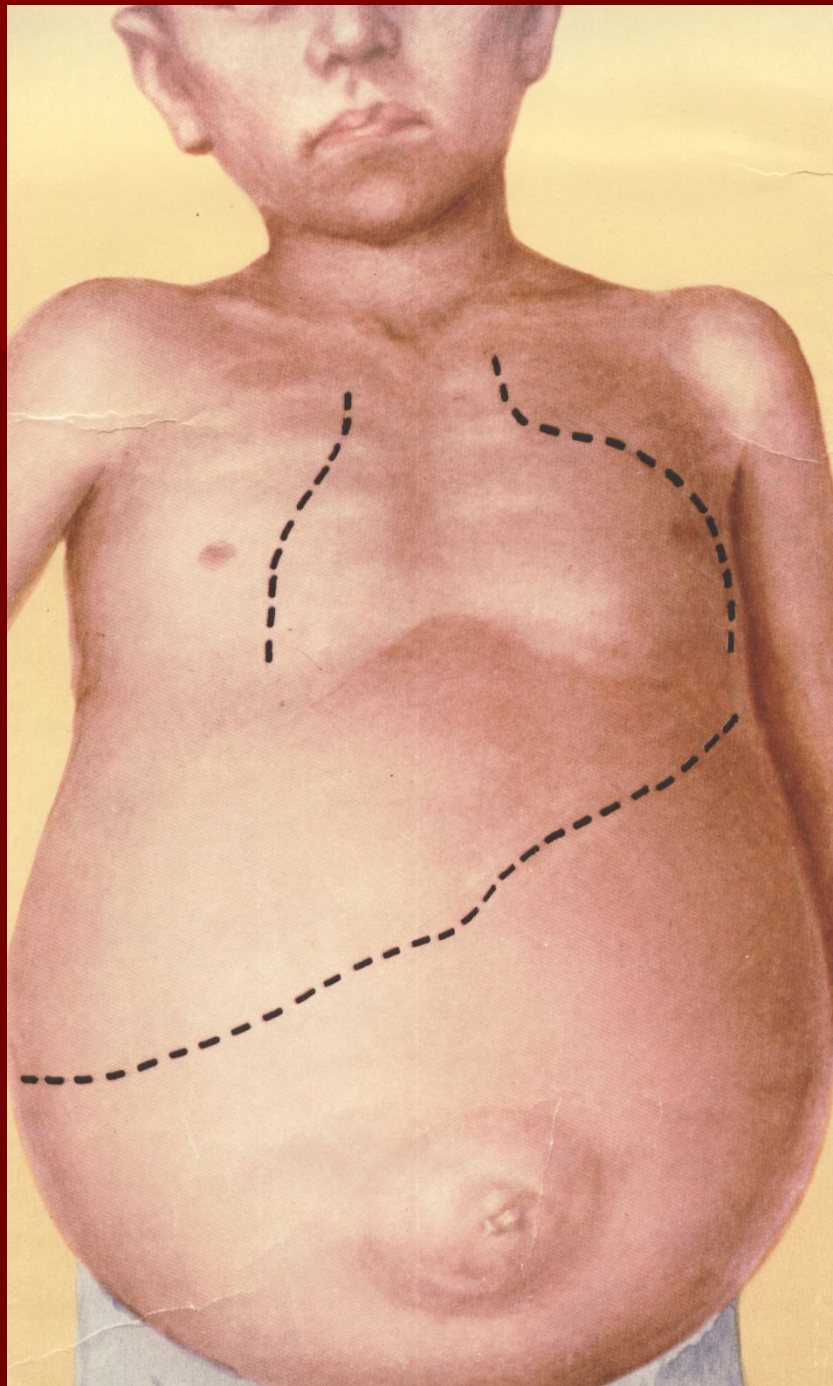
- Повышение температуры тела более 38°С при отсутствии иных причин

Артралгия

- Мигрирующая боль в крупных суставах различной интенсивности
- Не сопровождается болезненностью при пальпации и другими симптомами воспаления

Ревматическая болезнь сердца

- Заболевание, характеризующееся поражением сердечных клапанов в виде поствоспалительного краевого фиброза клапанных створок или порока сердца (недостаточность и/или стеноз), сформировавшихся после перенесенной острой ревматической лихорадки



Выздоровление

- Обратное развитие всей клинической симптоматики, нормализация лабораторных показателей, отсутствие остаточных изменений (включая инструментальные данные)

КСВ

- по классификации Н.Д. Стражеско и В. Х. Василенко

NYHA

- Нью-Йоркская ассоциация кардиологов (функциональный класс)

Показатели лабораторных исследований

Отражают:

- признаки стрептококковой инфекции
- наличие воспалительных реакций
- иммунопатологический процесс

Общий анализ крови

- Нейтрофильный лейкоцитоз
- Увеличение СОЭ

Биохимический анализ крови

- Повышение серомукоида, дифениламиновой реакции
- Диспротеинемия с гипер- γ -глобулинемией, СРБ
- Повышение титров АСЛ«О», АСК, АСГ

Иммунограмма

- Увеличение иммуноглобулинов класса А, М, G
- Повышение уровня ЦИК
- Наличие антикардиальных антител

Электрокардиограмма

- Нарушения ритма (тахи- или брадиаритмия, миграция водителя ритма, иногда экстрасистолия, мерцательная аритмия)
- Характерно замедление атриовентрикулярной проводимости
- Нарушение реполяризации желудочков
- Удлинение электрической систолы

Рентгенограмма

- Увеличение сердца
- Признаки снижения тонической и сократительной функции миокарда
- Митральная или аортальная конфигурация сердца

**Изменения на
рентгенограмме не всегда
выражены**

Эхо-КГ

- Утолщение, «лохматость» эхосигнала от створок пораженных клапанов
- Уменьшение экскурсии пораженных клапанов
- Признаки нарушения сократительной функции миокарда

Пример диагноза

Острая ревматическая лихорадка: кардит
(митральный вальвулит), мигрирующий
полиартрит, НК I (ФК I)

Лечение острой ревматической лихорадки

Должно быть:

- ранним,
- комплексным,
- длительным,
- этапным

(стационар, ревматологический санаторий, диспансерное наблюдение).

Стационарное лечение

Включает в себя:

- 1) создание заболевшему ребенку соответствующего лечебно-двигательного режима с занятиями лечебной гимнастикой;
- 2) патогенетическое лечение;
- 3) санацию выявленных хронических очагов инфекции.

- Постельный режим устанавливают на 2-3 недели и больше (в зависимости от тяжести кардита).
- Далее ребенка переводят на полупостельный режим (разрешают вставать в туалет, к столу, на процедуры), затем переводят на тренирующий.
- Перевод с одного режима на другой производится под контролем клинико-лабораторных показателей, пробы Шалкова.

Диетотерапия

- Питание должно быть полноценным
- При гормонотерапии желательно увеличить содержание в пище солей калия (изюм, курага, чернослив, кефир, печеный картофель), уменьшить количество легкоусвояемых углеводов, поваренной соли
- При декомпенсации показаны разгрузочные дни

Медикаментозное лечение

Включает

- антимикробные средства,
- противовоспалительные препараты,
- иммунодепрессивные препараты

Антибактериальная терапия

- Пенициллин 50-100 тыс/кг в сутки на 2 раза в/м 10-14 дней, затем назначают бициллин-5 (дошкольникам 750 000, школьникам 1 500 000 ЕД в/м 1 раз в 3-4 нед).
- Возможно применение орального препарата пенициллина - оспен по 125-250 тыс ЕД 3 раза в день или одна в/м инъекция бензатин-пенициллина (ретарпен 600 000 ЕД детям с весом менее 25 кг и 1 200 000 ЕД детям с весом более 25 кг).

При аллергии к пенициллину его заменяют на:

- эритромицин 40 мг/кг в сутки,
- линкомицин 30 мг/кг в сутки
- цефалоспорины (оспексин) 50 мг/кг в сутки.

Противовоспалительная терапия

- Ацетилсалициловая кислота (нельзя!), обладающая противовоспалительным, десенсибилизирующим, болеутоляющим, жаропонижающим и антикоагулянтным действием. Доза - 0,2 г/год жизни (не более 2 г/сут), дают в 3-4 приема в течение 3-4 недель, затем уменьшают до 0,15 г/год жизни и дают 2 недели, после чего в течение еще 1,5 мес больной получает 0,1 г/год жизни.

- Общая продолжительность лечения препаратом составляет 2,5-3 мес.
- Аспирин дают после еды, лучше запивать молоком. Изредка возможны побочные явления: носовые, желудочные кровотечения, подкожные кровоизлияния.
- Можно использовать НПВП:
 - Диклофенак 2-3 мг/кг
 - Индометацин 2-3 мг/кг в сутки

Гормональная терапия

- При высокой степени активности процесса, при эндокардите назначают преднизолон из расчета 0,7-0,8 мг/кг/сут - не более 1 мг/кг.
- Полную дозу препарата дают в течение 10-14 дней до явного клинического эффекта.
- Отмена производится постепенно, так что курс лечения составляет около 2 мес.
- Препарат дают в первую половину дня (суточный ритм надпочечников), одновременно назначают препараты калия.
- При диффузных эндомиокардитах и непрерывно-рецидивирующем течении доза преднизолона может быть максимальной (1,5-2 мг/кг).

- При затяжном и хроническом течении назначаются препараты хинолинового ряда - резохин, делагил, плаквенил. Они обладают иммуносупрессивным свойством. Это препараты медленного действия, эффект появляется на 3-4 неделе лечения, поэтому их назначают на несколько месяцев (до 2-х лет). Побочные действия: лейкопения, нарушения зрения, поседение волос, фотодерматит.

- Иммунодепрессанты (6-меркаптопурин, циклофосфан, лейкеран) применяются редко, при безуспешности другой терапии.
- Сердечные гликозиды (дигоксин) назначают чаще при ревматической болезни сердца, при клапанных пороках.
- При стойкой декомпенсации добавляют мочегонные препараты (верошпирон, фуросемид, лазикс).

- Используют ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (каптоприл, эналаприл)
- В качестве симптоматической применяют витамины группы В, аскорбиновую кислоту, десенсибилизирующие препараты, антиаритмические, антидистрофические и др.

- При хорее к антиревматическому лечению добавляют препараты брома, фенобарбитал, седуксен или диазепам, при тяжелых формах - галоперидол (галофен, галидор) 1-3 мг/кг в день.
- Возможно назначение электросна, поперечной диатермии головы, хвойных ванн, витаминов В₁, В₆.

Санация очагов хронической инфекции

- Является одним из важнейших факторов комплексной терапии.
- Тонзиллэктомия возможна не ранее, чем через 2-2,5 мес от начала заболевания при нормальных лабораторных показателях.

Средняя продолжительность пребывания больного с острой ревматической лихорадкой в стационаре 45 дней, затем его переводят на долечивание в санаторий.

Лечение в санатории

Детям продолжают противовоспалительную терапию, лечение хронических очагов инфекции, включая физиотерапию, бициллинопрофилактику.

Проводят занятия ЛФК, закаливание, включающее воздушные ванны и водные процедуры.

Диспансерное наблюдение

- Из санатория ребенок поступает под наблюдение участкового педиатра и кардиоревматолога.
- Осмотр 2 раза в год (анализы, специалисты).
- Проводится вторичная профилактика ревматизма бициллином-5.

Бициллинопрофилактика

- Круглогодичная профилактика - бициллин-5 вводят дошкольникам по 750 000 ЕД 1 раз в 2-3 недели, школьникам - по 1 500 000 ЕД 1 раз в 4 недели, осенью и весной проводят курс лечения ацетилсалициловой кислотой в дозе 0,1 г/год жизни , не более 1 г/сут в течение 4-6 недель.
- Сезонная профилактика – бициллин-5 и ацетилсалициловую кислоту назначают только весной и осенью на 4-6 недель.

- Детям, перенесшим первичный ревмокардит без формирования порока сердца или хорею без явных сердечных проявлений, в течение первых 5 лет после атаки должна проводиться круглогодичная профилактика рецидивов, а в последующие 2 года - сезонная.
- Детям, перенесшим ревмокардит с формированием порока сердца, хорею с затяжно-вялым и непрерывно-рецидивирующим течением круглогодичная профилактика должна проводиться до достижения возраста 21 год и более.

Текущая профилактика

Это назначение детям при обострении тонзиллита, ангине пенициллина, оксациллина или эритромицина + аспирин на 7-10 дней.

- Санаторно-курортное лечение возможно не ранее, чем через 7-10 мес после атаки в Сочи, Цхалтубо, Евпатории, Одессе.
- Дети освобождаются от физкультуры, показана ЛФК. Медицинский отвод от профилактических прививок на 1 год.
- Первичная профилактика ревматизма включает меры, направленные на повышение естественного иммунитета (закаливание, правильное чередование нагрузки и отдыха, полноценное питание). Профилактика стрептококковой инфекции до заболевания ревматизмом.

НЕ РЕВМАТИЧЕСКИЕ КАРДИТЫ

Этиология

- Вирусные кардиты: энтеровирусы Коксаки А и В, ЕСНО, цитомегалии, простого герпеса, краснухи.
- Бактериальные кардиты: при сепсисе, гематогенном остеомиелите.
- Чаще - вирусно-вирусная или вирусно-бактериальная ассоциации.
- Токсоплазменная инфекция, особенно врожденные формы.

- Грибковые кардиты.
- Аллергические кардиты (лекарственные, сывороточные, поствакцинальные).
- Кардиты при диффузных заболеваниях соединительной ткани.
- Наследственный фактор. В основе наследственности, вероятно, лежит генетически детерминированный дефект противовирусного иммунитета.

Патогенез

- Неревматический кардит - иммунопатологический процесс.
- Внедрение вируса в клетку имеет значение в патогенезе кардита лишь в сочетании с нарушением иммунитета.
- При латентной вирусной инфекции происходит интеграция вирусной ДНК с геномом клетки, благодаря чему развивается противовирусный иммунитет, и только при неблагоприятных обстоятельствах (заболевания, переутомление, переохлаждение, вакцинация) вирус может выйти из-под контроля иммунной системы.

- Патогенное действие иммунных факторов может быть направлено непосредственно на сократительный аппарат миокарда, сосудистую стенку или соединительнотканые структуры, у детей нередко все компоненты поражаются одновременно.
- При остром кардите имеют значение воздействие инфекционного фактора (пусковой механизм), выделение медиаторов воспаления, возникновение реакции гиперчувствительности немедленного типа с повышением сосудистой проницаемости и клеточной инфильтрацией.

- При хроническом течении возбудитель не играет решающей роли, и в основе заболевания лежат аутоиммунные нарушения.
- В ответ на вторичные аутоантигены, которыми являются поврежденная собственная ткань сердца или сочетание такого повреждения с вирусным антигеном, образуются антикардиальные антитела.
- Причиной такого состояния является понижение образования Т-супрессоров, что приводит к активации хелперного воздействия и гиперстимуляции В-лимфоцитов.

Классификация неревматических кардитов у детей

- Этиологический фактор: вирусный, бактериальный, паразитарный, грибковый, иерсиниозный и др.
- Период возникновения: врожденный, приобретенный.
- По форме (по преимущественной локализации процесса): кардит, преимущественное поражение проводящей системы сердца.
- Течение: острое - до 3-х мес
подострое - до 18 мес
хроническое - более 18 мес
варианты (застойный, гипертрофический, рестриктивный).

- Тяжесть кардита: легкий, среднетяжелый, тяжелый.
- Форма и степень сердечной недостаточности:
 - левожелудочковая I, IIA, IIB, III ст.
 - правожелудочковая I, IIA, IIB, III ст.
 - тотальная
- Исходы и осложнения: кардиосклероз, гипертрофия миокарда, нарушение ритма и проводимости, легочная гипертензия, поражение клапанного аппарата, констриктивный миоперикардит, тромбоэмболический синдром.

Классификация недостаточности кровообращения

| Степень | Левожелудочковая | Правожелудочковая |
|---------|---|-------------------|
| I | Признаки сердечной недостаточности в покое отсутствуют и появляются после нагрузки в виде тахикардии или одышки | |

IIA

ЧСС и ЧДД в 1 мин
увеличены
соответственно на
15-30 и 30-50%
относительно
нормы

Печень
выступает на 2-3
см из-под края
реберной дуги

IIБ

ЧСС и ЧДД в 1 мин
увеличены
соответственно на
30-50 и 50-70%
относительно
нормы; возможны
акроцианоз,
навязчивый
кашель, влажные
мелкопузырчатые
хрипы в легких

Печень выступает на
3-5 см из-под края
реберной дуги,
набухание шейных
вен

III

ЧСС и ЧДД в 1 мин увеличены соответственно на 50-60 и 70-100% и более относительно нормы; клиника предотека и отека легкого

Гепатомегалия, отечный синдром (отеки на лице, ногах, гидроторакс, гидроперикард, асцит)

Врожденные кардиты

Диагноз врожденного кардита считается достоверным, если симптомы сердечной патологии выявляются внутриутробно или в роддоме, вероятным - если они возникают в первые месяцы жизни ребенка без предшествующего интеркуррентного заболевания.

По анатомическому субстрату врожденные кардиты делят на ранние и поздние.

Обязательным морфологическим признаком ранних кардитов (повреждение в ранний фетальный период - 4-7 мес беременности) является фиброэластоз или эластофиброз эндо- и миокарда.

При поражении сердца после 7 мес беременности наблюдается обычная воспалительная реакция и не развивается фиброэластоз.

Первые признаки врожденного кардита появляются в первые 6 мес жизни (реже - на 2-3-м году жизни): отставание в физическом развитии, вялость, бледность, утомляемость при кормлении, а также кардиомегалия, рано развивающийся сердечный горб, глухие тоны, систолический шум, преобладание левожелудочковой недостаточности.

Приобретенные кардиты

- **Острые кардиты** встречаются в любом возрасте, но тяжелые формы характерны для детей первых 3 лет жизни.
- Они возникают на фоне или вскоре после перенесенной вирусной инфекции.
- Существенную роль играет предшествующая сенсibilизация организма (повторные заболевания, аллергический диатез).

- По мере стихания симптомов ОРВИ экстракардиальные признаки поражения сердца становятся ведущими (сниженный аппетит, вялость, беспокойство и стоны по ночам, раздражительность, тошнота и рвота).
- Нередко надолго остается навязчивый кашель, усиливающийся при перемене положения тела.

- Первыми кардиальными симптомами являются признаки левожелудочковой сердечной недостаточности: одышка, хрипы в легких, тахикардия.
- Вслед за этим снижается диурез, появляется пастозность тканей, увеличивается печень.
- Сердечный горб отсутствует, что свидетельствует об остроте заболевания. Верхушечный толчок ослаблен или не определяется. Границы сердца при острых диффузных кардитах расширены умеренно, реже резко.

- При аускультации отмечается приглушенность или глухость I тона на верхушке, при кардиомегалии - ритм галопа.
- Шум либо отсутствует, либо он функциональный, связан с дисфункцией папиллярных мышц.
- Возможна экстрасистолия, пароксизмальная тахикардия.

ЭКГ

В первые 2-3 недели заболевания
снижение вольтажа комплексов QRS,
отклонение электрической оси сердца
влево, признаки перегрузки левого
желудочка, нарушение процессов
реполяризации, атриовентрикулярные
блокады, экстрасистолия.

R-грамма грудной клетки

Значительное усиление легочного рисунка из-за переполнения венозного русла, умеренное увеличение сердца за счет левого желудочка.

Выздоровление наступает у половины детей, у остальных кардит принимает подострое и хроническое течение.

Подострые кардиты

- Чаще у детей в возрасте от 2 до 5 лет.
- Через несколько месяцев после ОРВИ дети становятся вялыми, раздражительными, повышается утомляемость, выражена сонливость, снижен аппетит, отмечаются бледность кожных покровов, снижение массы тела.
- Возникают приступы одышки, кашля, цианоза с холодным потом, потерей сознания, брадикардией.

- У половины больных развивается сердечный горб.
- Верхушечный толчок ослаблен, границы сердца расширены, больше влево.
- Тоны сердца приглушены, систолический шум недостаточности митрального клапана, стойкий акцент II тона над легочной артерией.

ЭКГ

Ригидный ритм, отклонение электрической оси сердца влево, нарушение атриовентрикулярной и внутрижелудочковой проводимости, перегрузка левого желудочка и обоих предсердий, нередко бывают отрицательные зубцы Т.

R-грамма грудной клетки

Незначительное усиление легочного рисунка по венозному руслу, изменение конфигурации сердечной тени из-за увеличения полостей не только желудочков, но и предсердий.

Эхо-КГ

Дилатация полости левого желудочка, иногда правого желудочка, предсердий, снижение сократительной способности миокарда.

Хронические кардиты

- Встречаются в основном у детей старшего возраста.
- Выделяют 2 варианта:
 - 1) с увеличенной полостью левого желудочка - застойный или дилатационный вариант;
 - 2) с нормальной или уменьшенной полостью левого желудочка - рестриктивный.

Общие клинические проявления хронических кардитов

- Длительное относительно бессимптомное течение с преобладанием экстракардиальных признаков: отставание в физическом развитии, рецидивирующие пневмонии, гепатомегалия, приступы потери сознания, рвота и др.
- Развернутая клиническая картина острой сердечно-сосудистой недостаточности нередко после ОРВИ впервые выявляет длительно существующее сердечное заболевание.

Типичные симптомы застойного варианта

- Тахипноэ
- Ослабленный верхушечный толчок
- Сердечный горб
- Резко расширенные границы сердца
- Глухость сердечных тонов, систолический шум, стойкие нарушения ритма
- Увеличение печени

Типичные симптомы рестриктивного варианта

- Отставание не только в массе тела, но и в росте
- Малиновый цианоз, одышка по типу диспноэ
- Приподнимающий верхушечный толчок, усиленный I тон на верхушке в сочетании с резким акцентом II тона над легочной артерией
- Быстро развиваются симптомы правожелудочковой недостаточности

- Изменения на R-граммах и ЭКГ зависят от вида кардита.
- Эхокардиография:
 - при застойном варианте - увеличенная полость левого желудочка, признаки недостаточности митрального клапана;
 - при рестриктивном варианте - полость левого желудочка нормальная или уменьшенная, межжелудочковая перегородка равномерно гипертрофирована на всем протяжении.

Лабораторная диагностика

- Общий анализ крови - увеличенная СОЭ, лейкоцитоз.
- Биохимический анализ крови - повышение уровня α_2 - и γ -глобулинов, ДФА, СРБ, КФК, ЛДГ.
- Выделение вируса из крови, носоглоточной слизи, а также определение высоких титров вируснейтрализующих антител в парных сыворотках (с интервалом 2-4 нед) крови больных с последующим уменьшением титра.
- Уровень иммуноглобулинов: в первые 2-3 нед заболевания увеличивается содержание IgM, а затем - IgG.

Лечение неревматических кардитов

- Режим постельный на 2-4 недели
- Питание с достаточным содержанием витаминов, белков, ограничением поваренной соли, повышенным количеством солей калия (изюм, курага, инжир, печеный картофель)
- Питьевой режим определяется количеством выделенной мочи: ребенку дают жидкости на 200-300 мл меньше диуреза

- Этиологическое лечение:
 - при вирусных кардитах – виферон,
 - при бактериальных - антибактериальная терапия в течение 2-3 недель.

Кроме этого, показанием для назначения антибактериальной терапии является острый неревматический кардит у детей раннего возраста.

- Патогенетическое лечение:

- НПВС (индометацин, вольтарен)

- глюкокортикоиды при диффузном процессе с сердечной недостаточностью, подостром начале заболевания, как предвестнике хронизации процесса, кардите с преимущественным поражением проводящей системы сердца.

Преднизолон - 1-1,5 мг/кг в течение месяца с последующим постепенным снижением дозы

- препараты аминохинолинового ряда (делагил, плаквенил) при подостром и хроническом течении кардита

- Лечение сердечно-сосудистой недостаточности:

- сердечные гликозиды (дигоксин), доза насыщения 0,01-0,05 мг/кг, вводится равномерно за 3 дня через каждые 8 часов под контролем ЭКГ. Поддерживающую дозу назначают от той, на которой есть эффект.

- Показанием к отмене препарата служит нормализация клинических и инструментальных данных.

- Диуретики (верошпирон, фуросемид, лазикс, бринальдикс, урегит).

Диуретики назначают ежедневно в течение 1-1,5 мес и более. Новые мочегонные препараты: гумитацин, гуфинокс, аквафор, клитамид, ариффон

- Ингибиторы АПФ (каптоприл, эналаприл)

- Метаболическая терапия:
 - переливание поляризующей смеси
 - рибоксин, оротат калия, панангин, вит B_{12} с фолиевой кислотой, витамины B_5 , B_{15}
 - анаболические гормоны (нерабол, ретаболил) рекомендуется вводить не ранее, чем через 1,5-2 мес от начала болезни во избежание обострения
 - карнитин, ККБ, неотон, милдронат, кудесан

Диспансеризация

- Дети с острыми и подострыми кардитами находятся под наблюдением кардиоревматолога до полного выздоровления (в среднем 2-3 года), с хроническими кардитами - до передачи во взрослую сеть.
- Контроль ЭКГ - 1 раз в 3-6 мес, Р-графия грудной клетки - 1 раз в 6-12 мес. 2-3 раза в год проводят курсы лечения антидистрофическими препаратами.
- Профилактические прививки противопоказаны всем детям с острым и подострым кардитом в течение 1 года, при хронических кардитах вакцинация противопоказана.

Профилактика

- Профилактика заключается в предупреждении простудных заболеваний, повышении защитных сил организма.
- Проводится закаливание, санация очагов хронической инфекции, ЛФК, уменьшение нервно-психических нагрузок.
- Бициллинопрофилактика больным с неревматическими кардитами не показана.

