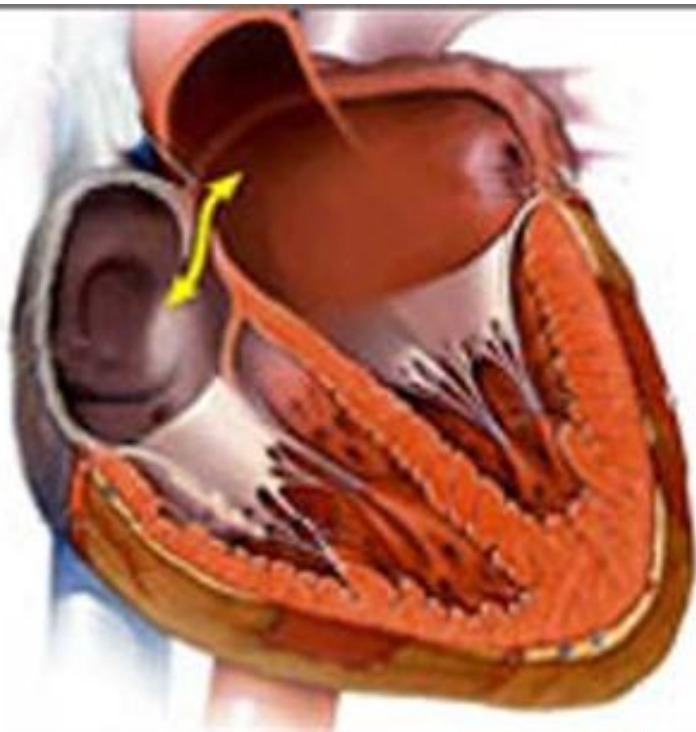


# Ревматизм (болезнь Соколяского—Буйо)



# Определение

- Системное токсико-иммунологическое воспалительное заболевание соединительной ткани (коллагеноз) с преимущественной локализацией процесса в сердечно-сосудистой системе. Заболевание развивается в любом возрасте, главным образом среди подростков и детей (7—15 лет). Женщины заболевают чаще мужчин.

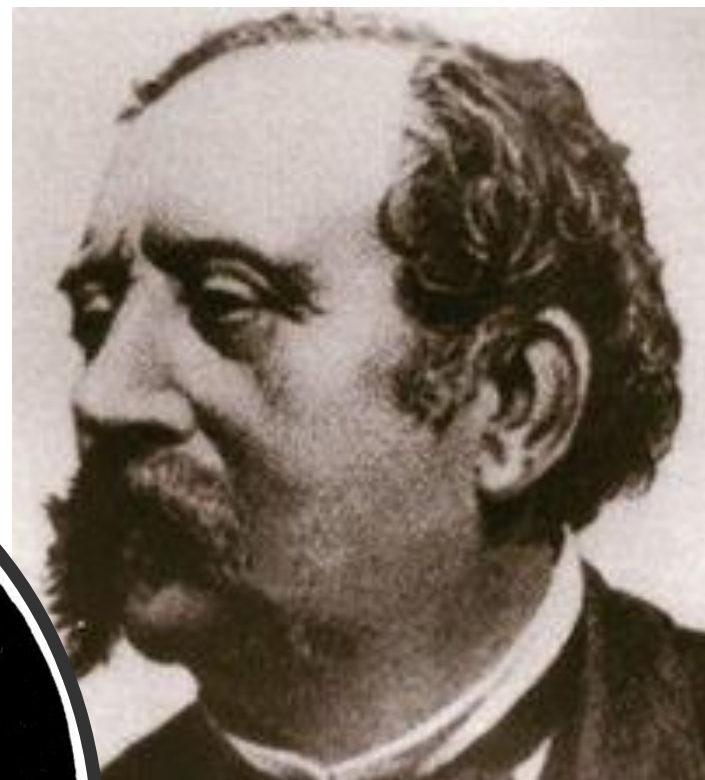


# История

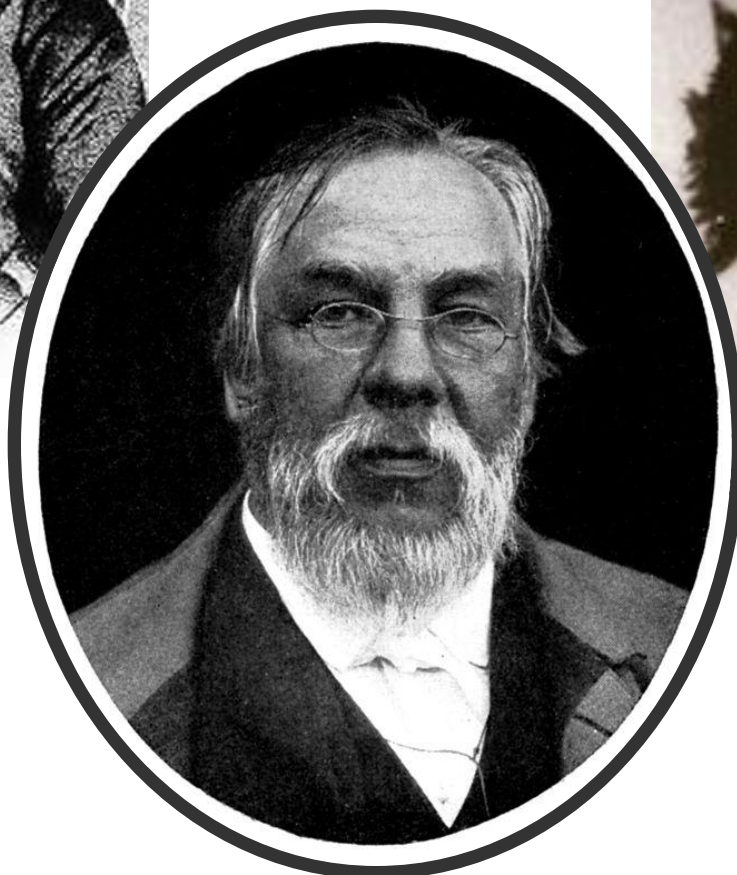
- Учение о ревматизме имеет многовековую историю. Впервые сведения о ревматизме появились еще в трудах Гиппократов. Возникла гуморальная теория ( текущий по суставам процесс ). В начале XX века все заболевания суставов рассматривались, как ревматизм. Только в 1835 году Буйо и Сокольский одновременно указали, что ревматизм не столько поражает суставы, сколько сердце. В свое время Лассег сказал: "**Ревматизм лижет суставы, но кусает сердце**". Затем Боткиным было показано, что при ревматизме поражаются очень многие органы - почки, кожа, нервная система, печень, легкие, т.е. ревматизм вездесущ, это - поливисцеральное заболевание. Начало XX века ознаменовалось бурным развитием морфологических исследований.



Жан Батист  
БУЙО



енест Шарль  
ссег



Боткин Сергей  
Петрович

# Этиология.

**Бета-гемолитические стрептококки группы А** являются причиной поражения верхних дыхательных путей. Именно поэтому возникновению ревматизма, как правило, предшествуют ангина, обострение хронического тонзиллита, а в крови у заболевших выявляется повышенное количество стрептококкового антигена и противострептококковых антител (АСЛ-О, АСГ, АСК, антидезоксирибонуклеазы В (анти-ДНКазы В)).

Такая связь с предшествующей стрептококковой инфекцией особенно выражена при остром течении ревматизма, сопровождающемся полиартритом.

В развитии ревматизма играют роль **возрастные, социальные факторы (неблагоприятные бытовые условия, недостаточное питание)**, имеет значение и **генетическая предрасположенность** (ревматизм – полигенно наследуемое заболевание, хорошо известно существование «ревматических» семей), которая заключается в гипериммунном ответе на антигены стрептококка, склонности заболевших к аутоиммунным и иммунокомплексным процессам

# Клиническая картина.

- Все проявления болезни можно разделить **на сердечные и внесердечные**. Описывать клиническую картину болезни можно с этих позиций.
- **I этап**: выявляется связь болезни с перенесенной инфекцией. В типичных случаях спустя 1–2 недели после ангины или острого респираторного заболевания повышается температура тела, иногда до 38–40 °С, с колебаниями в течение суток в пределах 1–2 °С и сильным потом (как правило, без озноба).
- При повторных атаках ревматизма рецидив болезни часто развивается под влиянием неспецифических факторов (таких как переохлаждение, физическая перегрузка, оперативное вмешательство).

# РЕВМАТИЧЕСКИЙ ПОЛИАРТРИТ -

- Клиника Очень разнообразна и во многом определяется локализацией процесса. Может быть и скрытое латентное течение.

^30% - **Ревматический полиартрит** в последнее время стал встречаться довольно редко. В классической форме чаще наблюдается у детей, а у взрослых - по типу рецидивирующей артралгии. Характерно острое начало, поражение преимущественно крупных суставов, быстрое распространение с одного сустава на другой ( "летучесть" ). В течении нескольких часов боль становится очень резкой. Болевой синдром приводит к ограничению подвижности пораженного сустава, больной принимает вынужденное положение на спине с максимальным щажением пораженного сустава.

# РЕВМАТИЧЕСКИЙ МИОКАРДИТ.

- Самое частое проявление ревматизма ( 100% )
  - ^Характер поражения при этом бывает различным:
    - а) диффузный миокардит;
    - б) очаговый миокардит.

- 

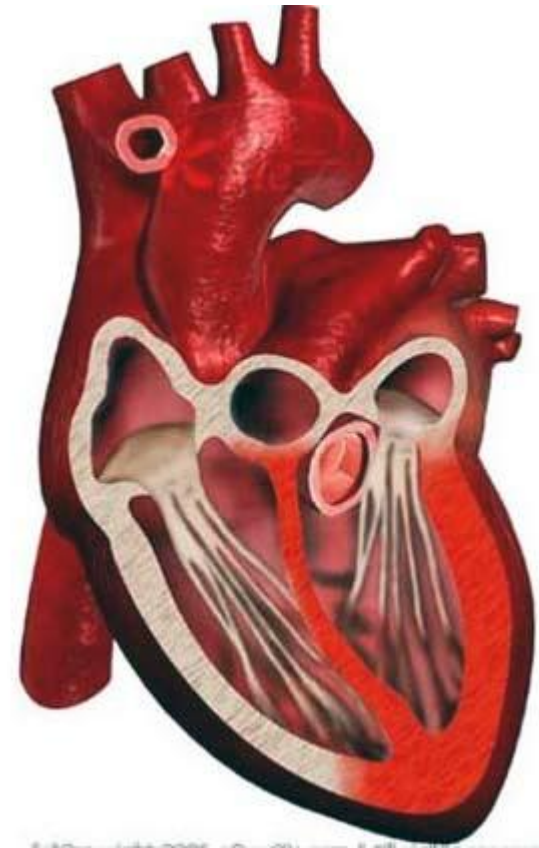
## **ДИФФУЗНЫЙ МИОКАРДИТ.**

- . Рано появляется выраженная одышка, сердцебиение, отеки, боли в сердце, перебои. Характерна слабость, недомогание, потливость, головные боли ,
- чаще диффузный миокардит возникает в детском возрасте. У взрослых практически не встречается.



# • *Объективно:*

- лихорадка, неправильного типа;
- тахикардия, причем пульс опережает уровень температуры;
- характерен "бледный цианоз";
- выраженная одышка,;
- ортопноэ;
- экстрасистолия;
- набухание шейных вен;
- увеличение границ сердца, влево;
- тоны сердца глухие, I тон ослаблен,
- отчетливые, но мягкие миокардиальные систолические шумы.
- изменения на ЭКГ: отмечается снижение вольтажа всех зубцов;
- . Могут быть признаки нарушения ритма ( экстрасистолии ), атриовентрикулярная блокада.



# ЭНДОКАРДИТ

- : Может быть **в двух вариантах**:
  1. Сразу возникает **тяжелый вальвулит** ( в 10% случаев ). Вариант редкий, порок формируется сразу.
  2. **Бородавчатый эндокардит** - встречается чаще. с формированием бородавок по краю створок. Часто поражается митральный клапан, при этом чаще формируется **митральный стеноз, реже - недостаточность клапана**. Клинические проявления очень скудны. По клинике поставить диагноз практически невозможно. симптоматика в среднем появляются не раньше, чем через 4-6 недель, иногда даже позже. Появляется диастолический шум ( при стенозе ), Шум как правило четкий, нередко грубый или даже музыкальный при достаточной звучности тонов сердца ( т.е. нет признаков поражения миокарда ).

# ПЕРИКАРДИТ:

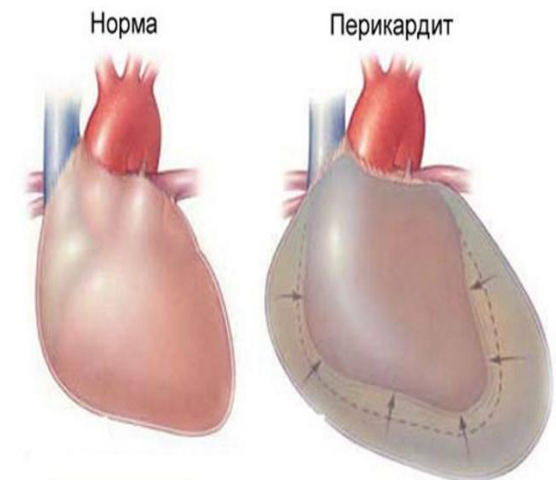
- Встречается редко, характерно доброкачественное течение.
- Бывает двух типов: **сухой и экссудативный**.  
**СУХОЙ перикардит** - проявляется постоянными болями в области сердца, шум трения перикарда, чаще вдоль левого края грудины. В начале заболевания на ЭКГ характерно смещение сегмента ST выше изолинии во всех отведениях, затем появляются двухфазные или отрицательные зубцы T, а сегмент ST возвращается к изолинии.

# ЭКСУДАТИВНЫЙ перикардит

- характеризуется накоплением в полости перикарда серозно-фибринозного экссудата.

## ^ *Клиника*

- уменьшение или прекращение болей;
- нарастающая одышка, усиливающаяся в положении лежа;
- верхушечный толчок ослаблен или не определяется;
- сглажены межреберные промежутки;
- значительно увеличены границы сердца;
- глухие тоны сердца из-за выпота;
- набухание шейных вен, иногда даже периферических вен;
- артериальное давление часто понижено;
- **ЭКГ** + снижение вольтажа зубцов во всех отведениях.
- . В настоящее время перикардит встречается редко.



- **а) ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ** в виде кольцевой или узловой эритемы, ревматических узелков и т.д. Ревматические узелки чаще всего располагаются над пораженными суставами, над костными выступами. Это мелкие, величиной с горошину, плотные, безболезненные образования, располагающиеся под кожей, чаще группами по 2-4 узелка.

**б) ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ** - ревматическая (малая) хорея. Встречается преимущественно у детей, особенно, у девочек. Проявляется сочетанием эмоциональной лабильности с мышечной гипотонией и насильственными вычурными движениями туловища, конечностей, мимической мускулатуры.

**в) ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК, ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ, ЛЕГКИХ, СОСУДОВ.**





# ТЕЧЕНИЕ РЕВМАТИЗМА:

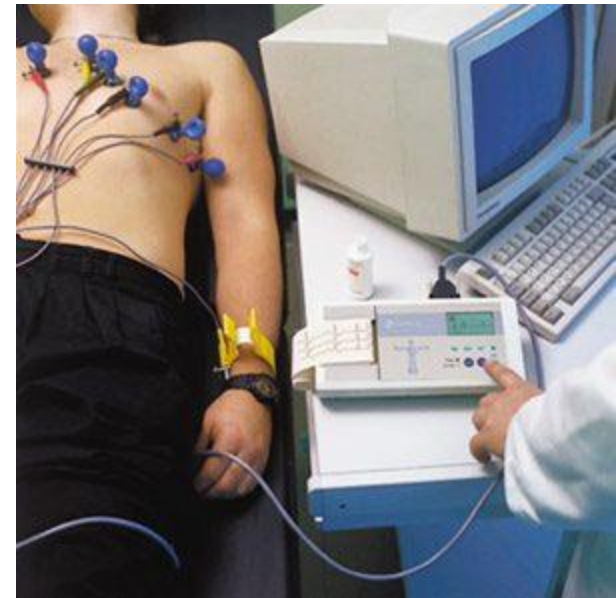
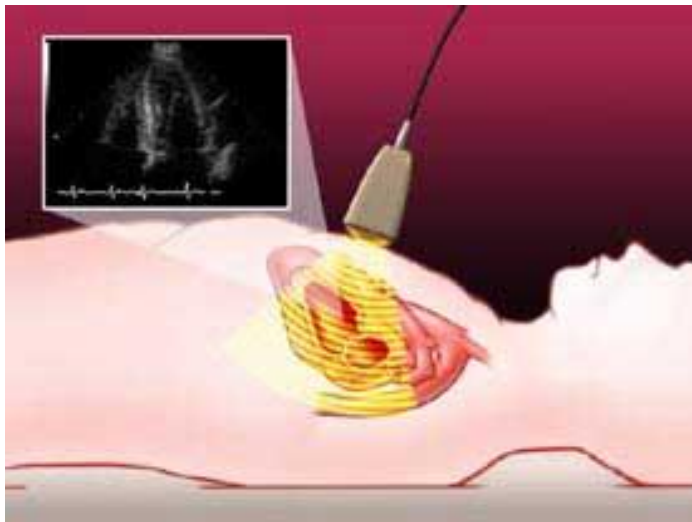
- ^ У детей чаще встречается острое течение заболевания. Длительность заболевания около 2-х месяцев. У взрослых и впервые заболевших - 2-4 месяца. При повторном заболевании - чаще затяжное течение - 4-6 месяцев. Иногда наблюдается непрерывно рецидивирующее течение. В последние годы особенно часто стало встречаться **латентное течение** ревматизма, при этом диагностика затруднена, здесь важен анамнез, связь с предшествующей стрептококковой инфекцией. Часто без дополнительных методов исследования диагноз поставить довольно трудно.



# ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА:

- ^
  1. Клинический анализ крови: нейтрофильный лейкоцитоз, резко ускоренное РОЭ, - анемия (обычно у детей при тяжелом течении);
  2. Появление С-реактивного белка ( +++ или ++++ ).
  3. Исследование белковых фракций крови:
    - а) в острой фазе - увеличение  $\alpha_2$ -глобулинов,
    - б) при затяжном течении - увеличение  $\gamma$ -глобулина.
  4. положительная гексозо-дифениламиновая проба ДФА, которая в норме составляет 25-30 Ед.
  5. Повышение титра антистрептолизина О ( выше 1:250 ), титра антистрептогиалуронидазы и антистрептокиназы ( выше 1:300 ).
  6. Увеличивается фибриноген крови выше 40.000 мг/л.
  7. ЭКГ: нарушение атриовентрикулярной проводимости, PQ больше 0.20, изменения конечной части желудочковых комплексов и др.
  8. Увеличение сиаловых кислот ( в норме до 180 Ед ).

- Из инструментальных методов исследований проводится снятие ЭКГ (определение различных нарушений ритма, проводимости), доплер-ЭхоКГ.
- Рентгенологическое исследование бывает информативным при тяжелом процессе, когда отмечается увеличение левых отделов сердца. При первой атаке изменений сердца не выявляется.



# ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

## Джонса-Нестерова:

- ***А). Основные критерии:***

1. Кардит (эндо-, мио-, пери- );
2. Ревматический полиартрит;
3. Ревматическая хорея;
4. Подкожная узловатая эритема;
5. Кольцевая эритема;
6. Ревматический анамнез;
7. Эффективность противоревматической терапии.

- ***Б). Дополнительные ( малые ) критерии:***

1. Субфебрильная лихорадка;
2. Артралгия;
3. Лейкоцитоз, ускорение СОЭ, С-реактивный белок;
4. Изменения ЭКГ: удлинение PQ;
5. Предшествующая стрептококковая инфекция;
6. Серологические или биохимические показатели;
7. Повышение проницаемости капилляров.

- **При наличии двух основных или одного основного и двух дополнительных критериев диагноз ревматизма становится весьма вероятным**