



FEATURES OF THE CLINIC OF ACUTE RHEUMATIC FEVER IN CHILDREN

Pirnazarova G.Z.

Zokirova A.M.

Tashkent Pediatric Medical Institute

<https://doi.org/10.5281/zenodo.11517519>

ARTICLE INFO

Received: 24th May 2024

Accepted: 30th May 2024

Online: 31th May 2024

KEYWORDS

Rheumocarditis, mitral
valve prolapse, small chorea,
rheumatic attack.

ABSTRACT

Acute rheumatic fever manifests with damage to the heart, joints, lungs, liver and other systems. The peculiarities of the disease include the formation of mitral valve insufficiency with a combination of aortic and tricuspid valve malformations. ORL is one of the common pathologies in the structure of cardio-rheumatological diseases of childhood.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ У ДЕТЕЙ

Пирназарова Г.З.

Зокирова А.М.

Тошкентский педиатрический медицинский институт

<https://doi.org/10.5281/zenodo.11517519>

ARTICLE INFO

Received: 24th May 2024

Accepted: 30th May 2024

Online: 31th May 2024

KEYWORDS

Ревмокардит, пролапс
митрального клапана,
малая хоррея,
ревматическая атака.

ABSTRACT

Острая ревматическая лихорадка проявляется с поражением сердца, суставов, легких, печени и других систем. К особенностям заболевания относятся формирование недостаточность митрального клапана с сочетанием пороков аортального и трикуспидального клапанов. В структуре кардиоревматологических заболеваний детского возраста ОРЛ является одним из распространённых патологий.

Актуальность. Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ) – острое заболевание инфекционно-аллергической этиологии, проявляющейся стойкими поражениями сердца, суставов, легких, печени и других систем организма. Заболевание носит системный характер и имеет склонность к рецидивированию. [1,4,5,6,10,11]

Симптомы острой ревматической лихорадки чаще всего выявляются у детей в возрасте от 6 до 15 лет. Начало заболевания чаще острое и связано с перенесенной стрептококковой инфекцией. Распространенность этой патологии составляет не более



0,3% на каждую 1000 детей и остаётся одним из самых частых виновников развития приобретенных пороков сердца.

Целью, настоящего исследования явилось, изучение клинических проявлений заболевания и провести сравнительный их анализ.[2,3,7,8,9]

Материалы и методы. Изучены истории болезни 115 детей в возрасте от 6 до 15 лет находившиеся на стационарном лечении в отделении кардиоревматологии 4-ДГКБ города Ташкента.

Верификация диагноза ревматической лихорадки проводилась с использованием диагностических критериев А. И. Нестерова и лабораторно-инструментальных методов исследований: общего анализа крови; общего анализа мочи, общего белка и белковых фракций сыворотки, определялся титр АСЛ-О, СРБ, РФ и бактериологические методы исследования на флору (мазок из зева и носа), ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости.

Распределение детей по полу было следующим: мальчики-72 (62,6%), девочки – 43 (37,3%).

По нашим данным ОРЛ чаще регистрировалась у детей в возрасте – от 1-3 лет – 19 (16,5%), 4-7 лет – 37 (32,1%), 8-11 лет – 28 (24,3%), 12-15 лет – 31 (26,9%). Вторая волна ревматической атаки отмечалась в группе детей 11-14 лет.

Отягощенный семейный анамнез по «ревматизму» имелся у 49 (42,6%) больных. В анамнезе у 64 (55,6%) больных отмечалось осложненное течение беременности у их матерей (ранние, поздние гестозы, анемия, ОРВИ, хронические заболевания, коронавирус) в 47 (40,8%) случаях у больных отмечались патологические роды, 11 (9,5%) детей родились недоношенными. Из анамнеза детей из перенесенных заболеваний были частые ОРВИ, ангина, фарингит, пневмония, аллергия, корь, ветряная оспа, скарлатина, коронавирус в 50%. Хронический тонзиллит был у 69 (60%) больных.

Непосредственную связь ревматической атаки с предшествующей инфекцией (тонзиллит, фарингит) удалось установить в 62 (53,9%) случаев.

Данные исследования показали что, течение ревматической лихорадки зависит от частоты и характера поражения сердца.

При первой атаке ревматизма поражение сердца отмечено у 76 (66%), дети жаловались на вялость, быструю утомляемость, субфебрильную температуру, тахикардию (реже на брадикардию), одышку, и боли в области сердца.

Повторная атака ревмокардита, как правило, возникала через 10-12 месяцев и протекала тяжелее с преобладанием экссудативного компонента воспаления.

Признаки эндокардита и миокардита были у 26 (22,6%), формирование приобретенного порока, который обнаруживался после второй атаки у 34 (29,5%) детей. У 12 (10,4%) больных формировалось недостаточность митрального клапана, у 35 (30,4%) – сочетанные пороки митрального, аортального и трикуспидального клапанов, стеноз устья аорты, пролапс митрального клапана.

При первой и повторной атаке суставной синдром встречался почти с одинаковой частотой, причём чаще отмечалось поражение одного или двух суставов (локтевой, коленный, голеностопный), артралгии отмечены у 65 (56,5%), экссудативный компонент артрита – в 28 (24,3%), при повторной атаке – у 45 (39,%).



Частота малой хореи при обеих атаках ревматической лихорадки отмечалась у 35 (30,4%) детей.

Таблица № 1. Частота встречаемости клинических признаков РЛ в зависимости от возраста.

Клинические проявления РЛ при первой атаке	Возраст детей			
	1-3 (19)	4-7 (37)	8-11 (28)	12-15 (31)
Признаки кардита	-	19(16,5%)	21(18,2%)	31 (26,9%)
Ревматический артрит	5 (4,3%)	22(19,1%)	28(24,3%)	29(25,2%)
Малая хорея	4 (3,4%)	8 (6,9%)	13 (11,3%)	10 (8,6%)
Абдоминальный синдром	5 (4,3%)	10 (8,6%)	3 (2,6%)	5 (5,3%)
Ревматические узелки	-	-	-	2 (1,7%)
Анулярная сыпь	-	-	-	2(1,7%)
Ревматическая пневмония	-	-	1 (0,8%)	-
Поражение почек	-	-	1 (0,8%)	1 (0,8%)
Гипертензионный синдром	-	2 (1,7%)	2 (1,7%)	1(1,7%)

Как видно из таблицы №1 клинические признаки ревматической лихорадки были выражены у детей в возрастной группе от 12 до 15 лет. Признаки малой хореи встречались в наибольшей степени у детей от 8 до 11 лет.

Активность ревматического процесса у детей в возрасте от 1 года до 7 лет была минимальная со слабо выраженными клиническими и лабораторными признаками ревматизма. Умеренная активность была у детей в возрасте от 7 до 12 лет и максимальная активность была у детей от 12 до 15 лет.

Неактивная фаза ревматизма у детей отмечалась в межприступный период и характеризовалась нормализацией самочувствия ребенка, инструментальных и лабораторных показателей. Иногда между приступами ревматической лихорадки сохранялся субфебрилитет и недомогание, в этот период отмечалось прогрессирование кардита с формированием клапанных пороков сердца.

Лечение больных РЛ в острой фазе проводилось по стандартам лечения рекомендованной отечественной школой ревматологов, которая включала постельный режим с ограничением двигательной активности, санацию очагов инфекции, активное лечение антибиотиками пеницилинового ряда курсом 10-14 дней, или цефалоспорины. С целью подавления активного воспалительного процесса назначались нестероидные противовоспалительные препараты (ибупрофен, диклофенак). Дети после стационарного лечения направлялись в поликлинику по месту жительства для дальнейшего наблюдения.



Заключение. Для детей входящих в группу риска с хроническими очагами инфекциями, особенно в семьях с отягощенным по РЛ анамнезом, требуется постоянная первичная профилактика и наблюдение. Для раннего выявления РЛ нужно внедрять обязательные методы диагностики (АСЛ-О, РФ, ЭКГ, ЭХО-КГ, посев из зева). Для предупреждения вторичной атаки проводить вторичную профилактику препаратами бициллина.

References:

1. Абдуллоев М.Ф., Шукурова С.М., Тоиров Х.К., Каримова Г.Н. Медико –социальная значимость ревматических заболеваний // Вестник Авиценны. -2012.
2. Белов Б.С., Кузьмина Н.Н., Медынцева Л.Г. и др. Диагностика острой ревматической лихорадки // Научно-практическая ревматология. -2016.- Т.54, №4. – С.395-397.
3. Белов Б.С., Бабаева А.Р. Новые критерии диагностики острой ревматической лихорадки (предложение Американской Ассоциации Сердца по пересмотру критериев Джонса) // Вестник Волгоградского ТМУ.-2016.-Вып. №2.
4. Белов Б.С., Насонова В.А., Кузьмина Н.Н. Острая ревматическая лихорадка: современные этиопатогенетические аспекты //Научно-практическая ревматология.-2008.-№5.-С.51-57.
5. Долгополова А.В., Кузьмина Н.Н. Первичный ревмокардит у детей. М., Медицина 1978.
6. Кузьмина Н.Н. Современный взгляд на проблему ревматизма (ревматическая лихорадка) у детей. Росс. вест. перинатол. и педиатр. 2001, 46, 1.25-32
7. Кузьмина Н.Н. Острая ревматическая лихорадка. Детская ревматология. Рук. Для врачей. М. Медицина 2002, 31-63.
8. Кузьмина Н.Н., Белов Б.С., Медынцева Л.Г. Острая ревматическая лихорадка в XXI веке – проблема, которую забывать нельзя // Научно-практическая ревматология. -2016.-№3.-С.5-4.
9. Кузьмина Н.Н., Медынцева Л.Г., Белов Б.С. Ревматическая лихорадка: полувековой опыт изучения проблемы. Размышления ревматолога // научно-практическая ревматология.-2017.- № 55(2).-С.125-137.
10. Насонова В.А., Кузьмина Н.Н. Ревматизм, руководство по ревматическим болезням. М., Медицина 1997, 144-160.
11. Тахирова, Р., Пирназарова, Г., Икрамова, Д. (2023). Клинические особенности применения гормональных препаратов у детей при острой ревматической лихорадке. Журнал биомедицины и практики, 1(3/1), 371–379. <https://doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-56>