

## ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА

Ревматизм известен со времен Гиппократ. Однако за последние 20 лет, в связи с резким сокращением заболеваемости, выросло поколение врачей, которые не встречались с большими ревматизмом. Так, если в 1962 г. распространенность ревматизма составляла 14 на 1000 детского населения, то к 1976 г. она снизилась до 0,1 на 1000. В 80-е годы ревматизм почти исчез. Это было связано, во-первых, с цикличностью стрептококковой инфекции, которая имеет свои пики и падения, во-вторых, с началом бициллинопрофилактики ревматизма в 1964 г.. Но с 90-х годов вновь отмечается рост ревматизма во всех странах, в том числе и в РФ, описаны вспышки ревматизма. Начиная с 2001 г., в нашей стране ежегодно регистрируются до 3000 детей и около 1000 подростков, страдающих ревматизмом.

В возникновении ревматизма, как и прежде, выделяют 2 причины: генетическую предрасположенность и В-гемолитический стрептококк группы А (БГСА). О семейном ревматизме в начале прошлого века писал А.А. Кисель, который наблюдал его в 52 % случаев. Среди sibсов, заболеваемость ревматизмом в 6 раз выше, по сравнению с общей популяцией. Исследования последних лет выявили связь ревматизма с аутоантигеном В-лимфоцитов Д 8/17, он регистрируется у 95 % больных ревматизмом и только у 5 % детей в общей популяции.

Что касается БГСА, то здесь работают определенные серотипы: М-3, М-5, М-6, М-14, М-18, М-19, М-24. Самым коварным из них является М-5. Мощным антигенным свойством обладает М-протеин мембраны стрептококка. Антитела против антигенов стрептококка перекрестно реагируют с антиге-

нами сердечно-сосудистой системы, суставов, мозга, кожи, вызывая иммунное воспаление.

Почему решили изменить название ревматизм на острую ревматическую лихорадку (ОРЛ)? Прежде всего, чтобы привлечь внимание врачей к инфекционной природе заболевания, требующей эрадикационной антибактериальной терапии. На сегодня ОРЛ рассматривается как постинфекционное осложнение стрептококкового тонзиллита/фарингита в виде системного заболевания соединительной ткани, с преимущественной локализацией в сердечно-сосудистой системе, суставах, мозге, коже у предрасположенных лиц молодого возраста (от 7 до 15 лет).

Главные диагностические критерии ОРЛ за последние 80 лет остались неизменными. Они впервые были сформулированы А.А. Киселем и позже Джонсом, и в РФ называются критериями Киселя-Джонса (табл. 1). К ним относятся кардит, полиартрит, кольцевидная эритема, ревматические узелки. За последние 40 лет академиком А.И. Нестеровым были предложены малые диагностические критерии ОРЛ: клинические в виде артралгий и лихорадки; параклинические (повышенный уровень острофазных реактантов) и инструментальные (замедление проводимости по ЭКГ и признаки митральной или аортальной регургитации на доплер-Эхо-КГ). Кроме того следует подтверждать предшествующую ОРЛ стрептококковую инфекцию в виде роста АСЛ-О и анти-ДНКазы В, либо высева из зева стрептококка.

Наиболее значимым проявлением ОРЛ служит **кардит** с поражением митрального или аортального клапанов. Клинические проявления вальвулита могут быть от манифестных до скромных, особенно при наличии полиартрита и хореи. При манифес-

Таблица 1  
Критерии Киселя-Джонса

Большие критерии	Малые критерии	Данные, подтверждающие предшествовавшую А-стрептококковую инфекцию
Кардит	Клинические: - артралгия - лихорадка	Позитивная А-стрептококковая культура, выделенная из зева, или положительный тест быстрого определения А-стрептококкового антигена
Полиартрит Хорея	Лабораторные: - повышенный уровень острофазных реактантов: СОЭ, С-реактивного белка	
Кольцевидная эритема Подкожные ревматические узелки	Инструментальные: - удлинение интервала PR на ЭКГ - признаки митральной и/или аортальной регургитации при доплер-ЭхоКГ	Повышенные или повышающиеся титры противострептококковых антител (антистрептолизин-О, анти-ДНКазы В)

тнот клинке кардита имееца расшерене границ серца влево, приглушение I тона, систолический шум, связанный с I тоном и имеющий дующий характер. Шум иррадирует в левую подмышечную область и усиливается после нагрузки. При скромном вальвулите его диагностика базируется на проведении доплер-Эхо-КГ, при которой выявляется краевое уплотнение, рыхлость, «лохматость» створок митрального клапана, ограничение подвижности задней створки за счет утолщения, наличия митральной регургитации разной степени, небольшой концевой пролапс (2-4 мм) передней или задней стенки. На ЭКГ часто регистрируется тахи- или брадикардия, миграция водителя ритма и АВ-блокада I-II степени.

При аортальном вальвулите выслушивается льющийся диастолический шум вдоль левого края грудины, а на доплер-Эхо-КГ определяется утолщение, рыхлость створки, чаще правой коронарной створки, аортальная регургитация. На ЭКГ отмечается диастолическая перегрузка левого желудочка.

К доказательным ОРЛ критериям относится положительная динамика под влиянием терапии.

**Ревматический артрит** диагностируется у 65-75 % больных, это может быть полиартрит, олигоартрит и, реже, моноартрит, обычно крупных суставов. Характеристика суставного синдрома осталась прежней, главное — летучесть поражения крупных суставов и быстрое исчезновение под влиянием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП).

Ревматический артрит следует дифференцировать от постстрептококкового реактивного артрита, для которого характерно:

- 1) короткий латентный период между ангиной/фарингитом и артритом;
- 2) стойкое симметричное поражение крупных суставов;
- 3) медленный ответ на лечение НПВП;
- 4) отсутствие кардита и хорей;
- 5) полное обратное развитие через 2-4 месяца.

**Хорей** заболевают, как правило, девочки в возрасте от 6 до 15 лет. Частота ее среди больных ОРЛ составляет 12-17 %. Клинически хорей характеризуется пентадой синдромов: хореическими гиперкинезами, мышечной гипотонией, вплоть до дряблых мышц, имитирующих параличи, расстройством статики и координации, сосудистой дистонией, психоэмоциональными нарушениями (неустойчивость настроения, плаксивость, раздражительность и т.д.)

**Кольцевидная эритема** — редкое проявление ОРЛ (5-15 %), тем не менее, диагностическая значимость ее велика. Она представлена кольцевидной сыпью

диаметром от нескольких миллиметров до 5-10 см, располагающейся на туловище и конечностях. Никогда не бывает на лице. Носит мигрирующий характер, не выступает над кожей, при надавливании исчезает, отсутствует зуд, после себя не оставляет пигментации и шелушения.

**Подкожные узелки** — это округлые, плотные, безболезненные образования, от просыаного зерна до горошины. Располагаются на разгибательной поверхности суставов, лодыжках, ахилловых сухожилиях, остистых отростках позвоночника, затылке. За 2-4 недели исчезают без следа.

Таким образом, для диагностики ОРЛ необходим хотя бы один большой диагностический критерий. Малые диагностические критерии принимаются во внимание только при наличии больших. Что касается подтверждения стрептококковой этиологии, то нужно помнить, что АСЛ-О и анти-ДНКазы В могут появляться после перенесенных инфекций, вызванных стрептококком группы С или G, которые не имеют отношения к ОРЛ. В то же время, при хоре и позднем кардите антистрептококковые антитела часто не определяются. За последние годы претерпела изменения классификация ОРЛ (табл. 2).

По сравнению с прошлой классификацией 1964-1990 гг., в новой от 2003 г. исчез раздел фазы болезни (активная и неактивная, стадии активности). Раздел «Клинические проявления» разделен на две графы, в первой перечислены основные диагностические критерии, во второй — дополнительные. Отсутствует раздел течения ОРЛ, но появилась графа исхода (выздоровление и хроническая ревматическая болезнь сердца с пороком и без порока сердца). Стадии нарушения кровообращения представлены по классификации Н.Д. Стражеско — В.Х. Василенко и по Нью-Йоркской ассоциации кардиологов (функциональный класс).

Главным принципом лечения ОРЛ служит этапность: стационар, местный кардиологический санаторий, кардиологический кабинет в поликлинике. Спорным стал вопрос о целесообразности назначения преднизолона. По данным В.А. Насоновой, 20-летние наблюдения за 3 группами больных ОРЛ, одна из которых лечилась преднизолоном, вторая — ортофеном, третья — индометацином, показали одинаковый результат: частота формирования порока во всех трех группах составила 20 %. В то же время, максимальное количество осложнений наблюдалось при лечении преднизолоном (нарушения роста, остеопороз, артериальная гипертензия, ожирение, гипертрихоз, угри, нарушения менструального цикла

**Таблица 2**  
**Классификация ОРЛ**

Клинический вариант	Клинические проявления		Исход	Стадия НК	
	Основные	Дополнительные		КСВ	НУНА
ОРЛ	Кардит	Лихорадка	Выздоровление	0	0
Повторная ревматическая лихорадка	Артрит	Артралгии	Хроническая ревматическая	I	I
	Хорей	Абдоминальный синдром	болезнь сердца:	IIA	II
	Кольцевидная эритема	Серозиты	- без порока сердца	IIБ	III
	Ревматические узелки		- порок сердца	III	IV

и т.д.). Исходя из этого, в лечении ОРЛ следует избегать назначения преднизолона и можно ограничиться НПВП. При наличии вальвулита рекомендуется назначение плаквенила или делагила.

С первого дня заболевания необходимо назначить пенициллин внутримышечно на 10-14 дней с последующим переходом на бициллин-5 или экстенциллин в дозе 750000 ЕД один раз в 2 недели для дошкольников и 1-1,5 млн. один раз в 3 недели школьникам. Необходимо санировать все очаги инфекции.

Первичная профилактика ОРЛ сводится к назначению препаратов пенициллинового ряда per os или внутримышечно при любой стрептококковой инфекции на 10-14 дней, особенно в семьях, где есть большой ревматизмом.

Вторичная профилактика должна проводиться круглогодично всем детям, перенесшим ОРЛ. Про-

должительность ее составляет 5 лет в случаях без формирования порока сердца. Если у больного имеется порок сердца, то рекомендуется 10-летняя или пожизненная профилактика бициллином-5, экстенциллином, оспеном. При аллергии на пенициллин рекомендуется назначение макролидов per os ежедневно.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Насонова В.А., Кузьмина Н.Н., Белов Б.С. //Клиническая медицина. – 2004. – № 8. – С. 61-65.
2. Кузьмина Р.Р. //Лечащий врач. – 2003. – № 1. – С. 4-10.
3. Насонова В.А., Кузьмина Н.Н., Белов Б.С. //Педиатрия. – 2004. – № 3. – С. 4-9.
4. Воронцов И.М. //Лечащий врач. – 2003. – № 2. – С. 66-70.
5. Соколова-Пономарева, О.Д. Ревматизм у детей /О.Д. Соколова-Пономарева. – М., 1965.



### ГОРМОНАЛЬНЫЙ ПАРАДОКС ОБЪЯСНЯЕТ ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ

По данным исследования, гормон, выделяющийся в организме после стресса, и, действующий на взрослых и детей как успокаивающее, усиливает беспокойство у подростков. Этот факт отчасти помогает понять их непредсказуемое поведение.

Стоит отметить, что колебания настроения у подростков не всегда безобидны. "У подростков усиленна реакция на стресс. Часто в этом возрасте впервые проявляются тревожные и панические расстройства, у девочек они встречаются в два раза чаще, чем у мальчиков. У подростков повышен риск самоубийства, при этом методы лечения, подходящие для взрослых, у них не всегда эффективны", - говорят авторы работы.

Ученые провели эксперимент на самках мышей. Они следили за содержанием гормона ТНР и его влиянием на мозг.

ТНР (аллопрегналон) - гормон, действующий как естественное успокоительное. Он вырабатывается не сразу во время стресса, а через несколько минут после него. Гормон подавляет активность нервных клеток, снижает тревогу и помогает адаптироваться к стрессовым условиям.

Ученые под руководством Sheryl Smith (New York Downstate Medical Center, США) наблюдали за поведением и работой мозга у мышей до полового созревания, во время полового созревания и у взрослых самок. Чтобы смоделировать стрессовую ситуацию, мышей на 45 минут помещали в маленький контейнер.

Спустя 20 минут после стресса совсем юные и взрослые мыши начинали успокаиваться. Мыши в возрасте полового созревания все еще находились в возбужденном состоянии.

Ученые выяснили, что разница в поведении мышей связана с парадоксальной реакцией на гормон ТНР у мышей пубертатного возраста. Гормон действует на мозг через особые рецепторы. В мозгу подростков повышено количество рецепторов, реагирующих на гормон противоположным образом и вызывающих тревогу вместо спокойствия.

"В организме людей, как и в организме мышей, тоже происходят гормональные перестройки в период полового созревания. Начало полового созревания - это время бушующих эмоций и повышенных реакций на стресс. Давно известно, что подросткам приходится нелегко. Хочется надеяться, что наше исследование поможет узнать что-то новое об этом периоде", - говорит Sheryl Smith.

Источник: [www.medlinks.ru](http://www.medlinks.ru)