

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ

Колганова Светлана Юрьевна

Студентка

ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет», г.Тула

Аннотация. Проблема постановки диагноза острой ревматической лихорадки вызывает много трудностей. В статье рассмотрено какие симптомы, лабораторные и клинические обследования, а также особенности анамнеза заболевания характерны для этого заболевания. Приведено несколько клинических случаев с ошибочной постановкой диагноза. Данная проблема является актуальной по сей день.

Ключевые слова: диагностика, острая ревматическая лихорадка, хроническая ревматическая болезнь сердца, критерии, стрептококковая инфекция.

Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ) - это воспалительное заболевание соединительной ткани, проявляющееся как следствие стрептококковой инфекции, в результате аутоиммунной реакции организма на антигены В-гемолитического стрептококка группы А. Преимущественно подвержены дети и подростки от 7 до 15 лет. Поражает сердечно-сосудистую систему, ЦНС, суставы, кожу.

Тяжесть проявления аутоиммунного ответа определяется генетической восприимчивостью хозяина, вирулентностью заражающего организма и благоприятной средой [10, с. 122].

В 5 веке до н.э. считали, что причиной воспаления в суставах является ядовитая жидкость, в переводе с «rheumatismos» - течение жидкости, откуда и пошло название «ревматизм». Но в 1863 году ОРЛ выделили как самостоятельное заболевание, поражающее ССС, с доказанной этиологией - «без стрептококка нет ни ревматизма, ни его рецидивов», со слов А.И.Нестерова [8, с. 6].

Ранее для установления диагноза ОРЛ использовали критерии Киселя Джонса, которые состояли из комплекса симптомов:

- хорея;
- кардит;
- артрит;
- кольцевидная эритема;
- подкожные ревматические узелки;

Они не раз подвергались модификации АКА (1956, 1965, 1984, 1992), что послужило

огромным «шагом вперед» к постановке диагноза [3, с. 48].

Среди них выделяют основные и добавочные. К первым (основным) относятся: кадит, полиартрит, хорея, кольцевидная эритема, подкожные ревматические узелки.

Вторая группа критериев (добавочные) - неспецифична и может подходить к другим заболеваниям. Проявляется как артралгия, лихорадка выше 38, увеличение уровня СОЭ до 30 мм/ч, С-реактивный белок, увеличение интервала PR на ЭКГ, доплер-ЭхоКГ.

Диагноз ОРЛ может быть поставлен на основании сочетания как минимум двух основных, а также одного основного и нескольких добавочных критериев с данными о ранней стрептококковой инфекции, однако это возможно при исключении осложнений, при пороках сердца и других заболеваниях, а также при наличии ранее перенесенной стрептококковой инфекции[5, с. 51].

Каждый год с диагнозом ОРЛ отмечают 500 тыс. человек по всему миру, тогда как хроническую ревматическую болезнь сердца (ХРБ) диагностируют у 15,6 млн. К примеру по статистическим данным в России за 2006 год отмечают снижение распространенности ОРЛ на 0,082 на 1000 населения, тогда как ХРБ продолжает расти до 2,21 на 1000 населения[7, с. 4].

Приведенная статистика отражает то, что диагностика ОРЛ врачами упускается, так как ХРБ возникает после перенесенной ОРЛ. ХРБ проявляется краевым фиброзом створок сердечного клапана или пороком сердца. Она возникает как следствие ОРЛ[4, с. 51].

Сложность диагностики ОРЛ заключается в отсутствии строго специфического теста для постановки данного заболевания .

Необходимо проведение комплекса лабораторных и инструментальных исследований среди которых выделяют :

- эхокардиографию
- ЭКГ;
- биохимия крови;
- титры антистрептококковых антител;
- посев крови на стерильность;
- бактериологические посевы из зева и носа;
- рентгенография органов грудной клетки;
- анализ крови общий.

Особое внимание уделяют Эхо-КГ, которое нужно проводить дважды с интервалом в две недели.

Проблема диагностики ОРЛ нередко заключается в отсутствии правильной тактики, а также в том, что упор делается не на все критерии [6, с. 25].

Хорошим примером диагностики может послужить клинический случай, описанный Булатовым В.П. и соавт. [1].

Была обследована пациентка 9 лет с типичными жалобами, переболевшая ангиной и отитом за 2 недели до появления характерной симптоматики. Диагноз ОРЛ был поставлен на основании тщательно проведенного обследования. Исходя из лабораторных данных: СОЭ 17 мм/ч, лейкоциты $13,9 \cdot 10^9/\text{л}$, СРБ 5,51 мг/дл., титр антистрептолизина-О 1011 МЕ/мл. Инструментальное обследование: на ЭКГ видна синусовая тахикардия, на ЭХО-КГ - регургитация аортального клапана 2 ст. Объективное обследование: пальпируются подкожные ревматические узелки, наблюдается отечность и болезненность в суставах, мышечная слабость.

Авторы отмечают сложность постановки диагноза даже при классическом типе тяжелого течения ОРЛ, а так же то, что диагностика ОРЛ невозможна без грамотной последовательной тактики лабораторно-инструментального обследования.

Несвоевременная постановка диагноза хорошо отмечена в статье

Новикова И.В и соавт. [9, с. 349].

Пациент 20 лет госпитализирован спустя 4,5 месяца после перенесенного тонзиллофарингита. Из анамнеза проведена антибиотикотерапия в течении 10 дней с положительным эффектом. Через 1,5 месяца повысилась температура и появилась характерная симптоматика.

Присутствие пяти малых критериев - артралгия, температура, повышение уровня СРБ и СОЭ, увеличенных титров АСЛ-О до 364 МЕ/мл.; большого критерия - кардит; а также перенесенного тонзиллофарингита дало основание для диагноза - повторная ревматическая лихорадка.

Авторы отмечают, что аортальный порок сердца сформировался на догоспитальном этапе, что явилось следствием латентного течения заболевания.

Подобным примером может послужить описанный клинический случай Кантимирова М.А и соавт.[2, с. 29].

Мальчик 5 лет госпитализирован с диагнозом ювенильный идиопатический артрит (ЮИА). В ходе клинических обследований, с учетом жалоб иотягощающего заболевания ЛОР-органов: хронический аденоидит и тонзиллит, декомпенсированная форма, поставленный диагноз ЮИА в последствии изменен на ОРЛ. При этом наблюдались признаки перехода ОРЛ в ХРБ. В результате сохранения недостаточности митрального и аортального клапанов острая ревматическая лихорадка переходит в хроническую ревматическую болезнь сердца.

В данном клиническом случае авторы демонстрируют трудности в проведении дифференциальной диагностики ОРЛ и полиартикулярного варианта ЮИА и показывают

стремительное течение болезни с переходом в следующую стадию при несвоевременной диагностики.

На основании проанализированных статей можно сделать вывод о том, что диагностика острой ревматической лихорадки сложна. Заболевание может проходить как с типичной симптоматикой и классическим течением, так и иметь латентный характер и неоднозначные проявления, характерные при других болезнях.

Проблема своевременной постановки диагноза является актуальной и по сей день. По выражению американского ревматолога F.W.Denny, «мы воспитали целое поколение врачей, которые не знают острой ревматической лихорадки».

Список литературы:

1. Булатов В.П., Макарова Т.П., Садыкова Д.И., Сенек С.А., Фирсова Н.Н., Назмеева Л.К., Ахмеров Э.С. – Острая ревматическая лихорадка : Казанский медицинский журнал , - 2005 г. - № 3.
2. Кантемирова М.Г., Новикова Ю.Ю., Коровина О.А., Торосян Г.Г., Глазырина А.А., Жолобова Е.С., Колтунов И.Е.- Острая ревматическая лихорадка vs. ювенильный идиопатический артрит: трудности диагностики у ребенка 5 лет: Трудный пациент. - 2016. - № 8-9. – С. 29-33.
3. Насонова В.А., Кузьмина Н.Н., Белов Б.С. Классификация и номенклатура ревматической лихорадки. Научно-практическая ревматология. 2004. 42(2):48-52.
4. Насонова В.Л., Кузьмина Н.Н., Белов Б.С. Острая ревматическая лихорадка: современные этиопатогенетические аспекты . Научно-практическая ревматология, -2008. -№5 .- С.51-58.
5. Смирнова Л.А., Немцов Б.Ф.- Острая ревматическая лихорадка: учебное пособие для последипломного образования. Киров. 2014. – С.51.
6. Хрипунова И.Г., Н.В. Журбина. Острая ревматическая лихорадка и ревматическая болезнь сердца. Методические рекомендации. Ставрополь. ИЗД. СГМА, -2003. -С. 25.
7. Черкашин Д.В., А.Н. Кучмин, С.Н. Шуленин, А.С. Свистов – Ревматическая лихорадка. Клиническая медицина, - 2013. -№7. –С 4-12.
8. Шостак Н.А. Острая ревматическая лихорадка : взгляд на проблему в 21 веке. Клиницист. 2010 . №1 .С:6–9.
9. Шостак Н.А., А.А. Клименко, И.В. Новиков, Д.Ю. Андрияшкина, М.С. Чурилова - Ревматическая лихорадка — исчезающее заболевание: состояние вопроса, клинические наблюдения: рациональная фармакотерапия в кардиологии, -2010. -№ 3. –С. 349-358.

10. Rheumatic fever and rheumatic heart disease : report of a WHO Expert Consultation, Geneva, 29 October — 1 November 2001. WHO technical report series ; 2004, 923, 122.