

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ У ДЕТЕЙ**

**Умарова С.С.** - ассистент кафедры  
Педиатрии №3 и медицинской генетики СамГМУ  
**Эшонкулов Алишер** - студент 414 группы  
педиатрического факультета

Острая ревматическая лихорадка – системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественной локализацией процесса в сердечно-сосудистой системе, развивающееся в связи с острой стрептококковой инфекцией у предрасположенных лиц, в основном в возрасте 7–15 лет.

Ревматизм был известен уже в V столетии до нашей эры. Гиппократ в труде “Четыре книги болезней” писал: “При артрите появляется лихорадка, острая боль захватывает все суставы тела, и эти боли то более резкие, то более слабые, поражают то один, то другой сустав”. В древности врачи считали, что воспаление в суставах вызывается тем, что какая-то ядовитая жидкость растекается по организму. Отсюда и произошло название болезни – “ревматизм” (от греч. “ревма” – течение). Поражение сердечно-сосудистой системы рассматривали как осложнение суставного синдрома. После опубликования выдающихся работ французского врача Буйо (1836 г.) и русского врача И.Г. Сокольского (1838 г.) ревматизм был выделен в самостоятельное заболевание, предусматривающее поражение сердца.

За более чем полтора века изучения данного тяжелого, нередко инвалидизирующего заболевания определена связь его развития со стрептококковой инфекцией, разработана и внедрена система диагностики, лечения и профилактики. Это способствовало повсеместному снижению заболеваемости ревматизмом к середине XX столетия. Однако в последние годы в силу ряда негативных социально-экономических процессов отмечена тенденция к нарастанию заболеваемости ревматизмом во всех возрастных группах, причем более интенсивно у детей. Эта тенденция обусловлена также наличием вековых ритмов, свойственных агрессивной стрептококковой инфекции и снижением чувствительности стрептококков к пенициллинам. Изучение динамики эпидемического процесса показывает, что в последнем десятилетии появилась и нарастает стрептококковая инфекция, которая является аналогом таковой прошлых времен, что может способствовать учащению и утяжелению ревматизма. Поэтому в перспективе проблема ревматизма не потеряет своей актуальности.

Стратегии профилактики обычно подразделяются на первичные, вторичные

и третичные вмешательства. Целью первичной профилактики является предотвращение развития заболевания путем устранения специфических факторов риска или повышения устойчивости человека к заболеванию. Примером такого подхода являются вакцины против инфекций. Целью вторичной профилактики является замедление перехода от латентной или бессимптомной фазы заболевания к симптоматической. Таким образом, вторичное профилактическое вмешательство пытается прервать механизмы развития болезни до того, как они перерастут в явное заболевание.

Целью третичной профилактики является отсрочка или ограничение воздействия установленного заболевания. Именно здесь в настоящее время имеют дело с большинством ревматических заболеваний, где ревматологи обычно проводят третичную профилактику, пытаясь предотвратить прогрессирование болезни до инвалидности или преждевременной смерти после того, как пациент поступил с клинически очевидным заболеванием (например, опухшие суставы при РА или кожная сыпь при СКВ). Однако ревматологи реже проводят первичные или вторичные профилактические вмешательства при ревматических заболеваниях. По мере роста знаний о факторах риска ревматических заболеваний (например, курение при ревматоидном артрите) первичная профилактика может стать более приоритетной задачей в отношении ревматических заболеваний. Факторы риска окружающей среды представляют большой интерес для стратегии профилактики ревматических заболеваний, поскольку они потенциально поддаются изменению.

Негативное социальное влияние обусловлено также постоянным ростом общей и первичной заболеваемости во всех возрастных группах населения Республики Казахстан.

Данные официальной медицинской статистики, углубленные научные исследования показывают, что достигнутые в 60-80-е годы прошлого века достижения в организации ревматологической помощи населению в настоящее время утрачены, а новые организационно-методологические подходы к её организации до сих пор не разработаны.

Актуальность проблемы развития ревматологической помощи в системе общественного здравоохранения обуславливается необходимостью изыскания новых методологических подходов к повышению эффективности первичной и вторичной профилактики, организации диагностики, лечения и медицинской реабилитации больных с ревматическими болезнями, основанных на внедрении новых организационно-клинических технологий.

По обобщенным данным ВОЗ (1989), заболеваемость ревматизмом в экономических развитых странах начала снижаться в начале XX столетия и особенно значительно - в течение последних 40 лет, что совпадает с периодом

интенсивного внедрения в программы лечения и профилактики ревматизма антибиотиков. В настоящее время выявление новых случаев ревматической атаки составляет 5 случаев в год на 100 000 населения.

В то же время, в некоторых странах Средиземноморья и Азиатско-Тихоокеанского региона заболеваемость ревматизмом колеблется в широком диапазоне - от 27 до 116 случаев на 100000 населения. В промышленно развитых Европейских странах распространенность ревматической болезни сердца среди детей школьного возраста колебалась в пределах 0,09-0,16, а в развивающихся государствах - 15-22 случаев на 1000.

О том, что проблема ревматизма не снята, говорят вспышки болезни, имевшие место в последнее десятилетие в США, европейских государствах. В развивающихся странах ежегодно регистрируется от 10 до 20 миллионов новых случаев ревматической лихорадки .

Это подтверждает мнение ученых о том, что ревматизм не исчезнет, пока циркулируют стрептококки группы А, а популяция нашей планеты не может быть избавлена от стрептококка этой группы в течение ближайших пятидесяти лет. По выражению академика А.И. Нестерова (Москва, 1978), без стрептококка нет ни ревматизма, ни его рецидивов.

Патогенетические концепции формирования ревмокардита опираются на теорию аномальной иммунной реакции на стрептококковые антигены, основу которой составляют перекрестные реакции между различными структурами БГСА и белками хозяина. В последнее время эта теория получила ряд новых доказательств существования гомологий молекулы М-белка стрептококка и тропомиозина, пексинового фрагмента М-5 и сарколеммы, способности антител к 3 эпитопам серотипов М3, М5, М18 реагировать с тканью сердца . Полученные данные подтвердили концепцию молекулярной мимикрии - как основного патогенетического механизма влияния стрептококковой инфекции при ревмокардите: образующиеся в ответ на антигены стрептококка антитела перекрестно реагируют с аутоантигенами хозяина.

## ЛИТЕРАТУРА

- 1. Robertson KA, Volmink JA, Mayosi BM. Антибиотики для первичной профилактики острой ревматической лихорадки: метаанализ. BMC Cardiovasc Disord. 2005;5(1):11–20. doi: 10.1186/1471-2261-5-11
- 2. Del Mar CB, Glasziou PP, Spinks AB. Антибиотики при боли в горле. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(4):CD000023.
- 3. Carapetis JR, Currie BJ, Mathews JD. Кумулятивная заболеваемость ревматизмом в эндемичном регионе: руководство по восприимчивости населения. Epidemiol Infect. 2000;124(2):239–44. [

- 4. Stollerman GH. Ревматизм в 21 веке. Clin Infect Dis. 2001;33(6):806–14. doi: 10.1086/322665. Epub 2001 Aug 13. [
- 5. Veasy LG, Tani LY, Daly JA, Korgenski K, Miner L, Bale J, et al. Временная связь мукоидных штаммов streptococcus pyogenes с сохраняющейся высокой заболеваемостью ревматизмом в штате Юта. Педиатрия. 2004;113(3 Pt 1):e168–72. doi: 10.1542/peds.113.3.e168.
- 6. Руководящий комитет RHD Центральной Австралии. Программа контроля ревматических заболеваний сердца Центральной Австралии, отчет Содружества. Алис-Спрингс, Австралия: Департамент здравоохранения и общественных служб правительства Северной Территории; 2002.