

©О.Р. Боярчук

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОЇ РЕВМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ДІТЕЙ*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОЇ РЕВМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ДІТЕЙ. У статті проведено аналіз клінічних даних перебігу хронічної ревматичної хвороби серця у 78 дітей віком від 8 до 17 років. Показано переважне ураження мітрального клапана, при цьому його недостатність спостерігали у 39,7 % хворих. У 38,5 % дітей були відсутні дані за перенесену гостру ревматичну лихоманку. В клінічній симптоматиці переважав кардіальний синдром, прояви серцевої недостатності спостерігалися у 56,4 % дітей.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ. В статье проведен анализ клинических данных течения хронической ревматической болезни сердца у 78 детей в возрасте от 8 до 17 лет. Показано преобладание поражения митрального клапана, при этом его недостаточность наблюдали у 39,7 % больных. У 38,5 % детей отсутствовали данные за перенесенную острую ревматическую лихорадку. В клинической симптоматике превалировал кардиальный синдром, проявления сердечной недостаточности наблюдали у 56,4 % детей.

CLINICAL PECULIARITIES OF CHRONIC RHEUMATIC HEART DISEASE COURSE. The article analyzed the clinical data of chronic rheumatic heart disease course in 78 children aged 8 to 17 years. The prevalence of mitral valve lesions was shown. Its failure was determined in 39,7 % of patients. 38,5 % of children had no data on acute rheumatic fever. Cardiac syndrome was dominated in the clinical picture, signs of heart failure were observed in 56,4 % of children.

Ключові слова: хронічна ревматична хвороба серця, діти.

Ключевые слова: хроническая ревматическая болезнь сердца, дети.

Key words: chronic rheumatic heart disease, children.

ВСТУП. Поширеність хронічної ревматичної хвороби серця (ХРХС) хоча і знижується в останні роки, але її показники залишаються ще на високому рівні не тільки у дітей [1], а і серед дорослого населення [2]. Набуті вади серця складають 20-25 % всіх органічних захворювань серця та по частоті займають третє місце в кардіальній патології після гіпертонічної хвороби та ішемічної хвороби серця [3]. Ревматичні вади серця залишаються найчастішою причиною летальних наслідків при серцево-судинних захворюваннях у людей віком до 35 років, випереджаючи показники смертності від гіпертонії та ішемічної хвороби серця [4]. У світі не зменшується кількість оперативних втручань з приводу ревматичних вад серця, залишаються високими показники інвалідності від усіх форм ревматизму, в тому числі і в Україні [3, 5, 6, 7]. З даними ВООЗ більше 15 мільйонів людей в світі страждають від ХРХС, щороку реєструється 282 тисячі нових випадків та 233 тисяч людей помирає від даної хвороби та її ускладнень щорічно [8].

Метою нашої роботи було виявити особливості клінічного перебігу хронічної ревматичної хвороби серця у дітей для ранньої та вчасної діагностики захворювання.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Під спостереженням знаходилося 78 дітей, хворих на ХРХС, віком від 8 до 17 років. Хлопчиків було 47 (60,3 %), дівчаток – 31 (39,7 %).

Діагностику ХРХС проводили за наявності вади серця чи післязапального краевого фіброзу стулок клапанів серця, що сформувались після перенесеної гострої ревматичної лихоманки (ГРЛ) [3, 8].

За спеціально розробленою схемою у дітей, що були під спостереженням, вивчалися анамнестичні дані, суб'єктивні та об'єктивні характеристики. Особ-

ливу увагу звертали на анамнез хвороби: передуючі інфекції, їх лікування, тривалість хвороби, частоту виникнення повторних епізодів захворювання чи загострень, тривалість та регулярність вторинної профілактики, генетичний анамнез, конституційні особливості, супутні захворювання, житлово-побутові умови. Для оцінки клінічного перебігу захворювання вивчалася симптоматика в динаміці хвороби з урахуванням фізикальних даних, результатів загального аналізу крові, сечі, біохімічного дослідження крові (визначення рівня глюкози, загального білку, його фракцій, білірубину, креатиніну, сечовини, аланінамінотрансферази, аспартатамінотрансферази, лужної фосфатази загальноприйнятими методами, СРБ, антистрептолізину-О (АСЛ-О) та ревматоїдного фактору (РФ) (методи латекс-аглютинації), серомукоїдів, сіалових кислот (метод Гесса).

При нормальному розподілі вибірки розраховували середню величину M і середню помилку m , отримані дані опрацьовували методом варіаційної статистики. Для порівняння середніх величин застосовували критерій Стьюдента (t). Статистичну обробку результатів виконано у відділі системних статистичних досліджень університету в програмному пакеті Statsoft STATISTIKA.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Середній вік обстежених дітей становив $(15,22 \pm 0,21)$ років. У 8 років захворювання встановлено в однієї дівчинки, яка рік назад перенесла ревматичний ендокардит, решта хворих були віком від 11 до 17 років, більшість з яких – 16-17 років (45 – 57,7 %). Розподіл дітей з ХРХС за віком і статтю зображено на рис. 1.

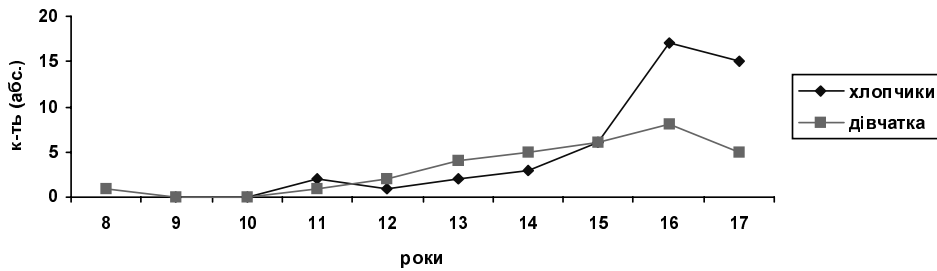


Рис. 1. Розподіл дітей з ХРХС за віком та статтю.

З 12 до 14 років захворювання переважало у дівчаток, а у 16-17 років – перевага у хлопчиків. Отримані результати можуть бути пов’язані із специфікою обстеження, направлення на стаціонарне лікування хлопців допризовного віку, коли в них і частіше виявляли захворювання.

Жителів сільської місцевості було 50 ((64,1±5,4) %), що вірогідно більше, ніж жителів міста ((35,9±5,4) %), $p < 0,001$ (рис. 2).

Такий розподіл може бути пов’язаний як з низькою медичною обізнаністю батьків, так і з меншим доступом до кваліфікованої медичної допомоги.

Класифікаційна характеристика хворих на ХРХС відповідно до топіки ураження клапанів серця, активності захворювання та ступеня серцевої недостатності, функціонального класу відображена в таблиці 1. У дітей з ХРХС найчастіше в патологічний процес втягувався мітральний клапан (МК) (у 67 – 85,9 %).

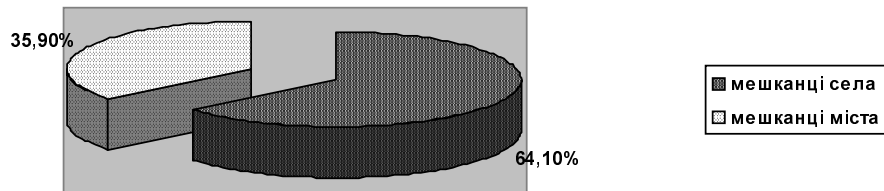


Рис. 2. Розподіл дітей з ХРХС за місцем проживання.

Таблиця 1. Класифікаційна характеристика хворих на ХРХС (n=78)

Показник	Кількість випадків	
	абс.	%, $M \pm m$
Клініко-анатомічні прояви		
Недостатність МК	31	39,7±5,5
Комбінована МВ з перевагою недостатності	3	3,8±2,2
Комбінована МВ з перевагою стенозу	1	1,3±1,3
Поєднана вада: недостатність МК та АК	8	10,3±3,4
Поєднана вада: МВ з перевагою недостатності та недостатність АК	2	2,6±1,8
Недостатність АК	7	9,0±3,2
Комбінована АВ з перевагою недостатності	3	3,8±2,2
Комбінована АВ з перевагою стенозу	1	1,3±1,3
Поєднана вада: АВ з перевагою недостатності та недостатність МК	1	1,3±1,3
Фіброз стулок клапанів серця	10	12,8±3,8
Вторинний пролапс МК:		
в т. ч. I ступеня	4	5,1±2,5
в т. ч. II ступеня	7	9,0±3,2
Активність процесу:		
неактивна стадія	47	60,3±5,5
активна стадія:		
мінімальна активність	24	30,7±5,2
помірна активність	7	9,0±3,2
Серцева недостатність:		
Відсутні прояви	34	43,6±5,6
Стадії: I	35	44,9±5,6
II А	8	10,3±3,4
II Б	1	1,3±1,3
III	-	-
Функціональний клас: I	30	38,5±5,5
II	12	15,4±4,1
III	2	2,6±1,8
IV	-	-

Мітральні вади (МВ) серця зустрічалися у 47 (60,3 %) дітей, фіброз стулок МК – у 10 (12,8 %), вторинний пролапс МК – у 11 (14,1 %) хворих. Найчастіше спостерігалася ізольована недостатність МК – у 31 (39,7 %). Комбіновані МВ переважали з недостатністю. Недостатність аортального клапана (АК) зустрічалася рідше – у 7 (9,0 %) дітей, у 3 (3,8 %) хворих мала місце комбінована аортальна вада з перевагою недостатності. Краєвий фіброз стулок МК у 5 (6,4 %) пацієнтів поєднувався з фіброзом стулок аортального клапана. У 11 (14,1 %) пацієнтів розвинувся пролапс мітрального клапана (ПМК), частіше II ступеня з регургітацією різного ступеня тяжкості.

Переважала неактивна ХРХС – у 47 (60,3 %) дітей. У хворих з активною стадією частіше мала місце мінімальна активність (у 77,4 %). Клінічні ознаки сер-

цевої недостатності (СН) спостерігалися у 44 (56,4 %) дітей, частіше – I стадії та I функціонального класу (ФК). II Б стадія мала місце в одній дівчинки, у якій була комбінована МВ з перевагою стенозу в поєднанні з аортальною недостатністю. IIA стадія та II, III ФК спостерігалися у дітей з комбінованими та поєднаними вадами серця.

Тривалість хвороби, від моменту гострої ревматичної лихоманки (ГРЛ) становила від 1 до 13 років, середня тривалість склала (5,80±0,36) років. У 30 (38,5 %) дітей мав місце субклінічний перебіг ревматичного кардиту. У них не було анамнестичних даних за перенесену ГРЛ, захворювання було діагностовано на стадії формування вади серця. У 48 (61,5 %) дітей були дані за ГРЛ в анамнезі. Період від ГРЛ до формування вади серця становив від 1 до 12 років (табл. 2).

Таблиця 2. Тривалість формування ХРХС у дітей, що перенесли ГРЛ

Роки		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Діти	абс.	7	10	5	4	4	6	7	2	-	1	1	1
	%	14,6	20,8	10,4	8,3	8,3	12,5	14,6	4,2	-	2,1	2,1	2,1

У більшості частини дітей (30 – 62,5 %) формування ХРХС відбувалося в перші 5 років після перенесеної ГРЛ, найчастіше – у перші 3 роки (у 22 – 45,8 %). Проте, у 18 (37,5 %) дітей формування вади серця мало місце і у пізніші терміни – від 6 до 12 років, що може свідчити про вторинно-латентний перебіг ревматичного процесу.

Дані за повторну ревматичну лихоманку (ПРЛ) вдалося виявити у 15 (31,3 %) дітей з ХРХС, що перенесли ГРЛ: у 3 (6,3 %) хворих вада серця сформувалася після третьої повторної атаки, у 4 (8,3 %) – після другої та у 8 (16,7 %) – після однієї ПРЛ. Решта пацієнтів вказували на часті ангіни, респіраторні інфекції, при яких вони рідко зверталися за медичною допомогою, не проходили обстеження та діагноз ПРЛ їм не виставлявся.

Серед дітей, які перенесли ГРЛ вторинна профілактика стрептококової інфекції проводилася у 36 (75,0 %) дітей. Біцилін-5 отримували 34 (70,8 %), ретарпен – 2 (4,2 %) дітей. Не отримували препарати пеніциліну 12 (25,0 %) дітей, лише у 2 (4,2 %) випадках це було пов'язано із алергією на препарати пеніцилінового ряду, в усіх інших – із-за відсутності комплаєнсу та низької медичної обізнаності пацієнтів та їх батьків. Лише у 19 (39,6 %) пацієнтів препарати пролонгованого пеніциліну вводились відповідно до діючого протоколу. У 3 (6,3 %) з них біцилінопрофілактика проводилася більше 5 років (6 та 7 років), у решти – до 5-ти років. Нерегулярність прийому препарату встановлено у 12 (25,0 %) дітей. Невідповідність тривалості прийому дюрантних форм пеніциліну діючому протоколу встановлено у 5 (10,4 %) дітей.

Навіть після встановлення діагнозу ХРХС 10 (12,8 %) дітей не отримували препарати пролонгованого пеніциліну і лише у 2 пацієнтів це було пов'язано з алергією на препарати пеніцилінового ряду. Ще у 14 (17,9 %) пацієнтів встановлено нерегулярність введення ін'єкцій.

Генетичний анамнез по ГРЛ був обтяженим у 15 (19,2 %) дітей, причому у 3 дітей захворювання пере-

далось уже в третє покоління. У 20 (25,6 %) дітей в анамнезі були часті ангіни та інші респіраторні захворювання.

При поступленні у 11 (14,1 %) дітей скарги були відсутні. Діти поступали на планове стаціонарне обстеження та лікування. При поступленні у дітей з ХРХС переважають скарги з боку серцево-судинної системи (ССС), найчастіше – болі в ділянці серця (у 53,8 %), здебільшого колючого характеру (у 35,9 %). Такі скарги у пацієнтів як задишка (у 28,2 %), кашель (у 2,6 %), набряки (в 1,3 %) були пов'язані із розвитком серцевої недостатності.

Суглобовий синдром лише у двох дітей супроводжувався скаргами на припухлість суглобів та порушення ходи, у решти – спостерігалися скарги на біль в суглобах (20,5 %), частіше у колінних та гомілково-ступневих суглобах, рідше – у кульшових чи суглобах верхніх кінцівок.

Гіперкінетичний синдром мав місце у 8 (10,3 %) дітей з рецидивуючою хореєю. Окрім того, в даних хворих були виявлені зміни з боку серця, що дало підставу для постановки діагнозу ХРХС. Інтоксикаційний синдром частіше проявлявся загальною слабкістю (26,9 %), болем голови (17,9 %), швидкою втомою (11,5 %), рідше спостерігали субфебрильну температуру тіла, знижений апетит. Інші скарги були зумовлені наявністю супутньої патології, в першу чергу гастроентерологічної.

При загальному огляді у дітей з ХРХС на перший план виступають прояви інтоксикаційного синдрому: блідість шкірних покривів (35,9 %), «тіні» під очима (35,9 %) та язик з білою осугою (33,3 %). Відносно часто зустрічалася гіпертрофія мигдаликів (32,1 %) та збільшення регіонарних лімфатичних вузлів, в першу чергу підщелепних (24,9 %). Зміни зі сторони кістково-суглобової системи найчастіше проявлялися порушенням постави 47,4 %, рідше сколіозом (21,8 %), гіпермобільністю суглобів (17,9 %), в одиноких випадках – плоскостопістю, деформацією грудної

клітки. Прояви СН у вигляді ціанозу, набряків на нижніх кінцівках зустрічалися нечасто. В однієї дівчинки з пізно діагностованою ХРХС, вираженими проявами СН II Б стадії, значною легеневою гіпертензією спостерігали акроціаноз, набряки на нижніх кінцівках, тахіпное, пальці у вигляді «барабаних паличок», що свідчило про тривалий перебіг захворювання.

У двох пацієнтів мав місце артрит, який проявлявся припухлістю колінних та гомілково-ступневих суглобів, їх болючістю, локальним підвищенням температури над суглобами та порушенням їх функції. У дітей з рецидивуючою хореєю спостерігалися гіперкінези.

Зміни зі сторони ССС найчастіше стосувалися аускультативних феноменів. Систолічний шум на верхівці вислуховували у 89,7 % дітей, рідше – діастолічний шум на аорті, що було пов'язано з топікою ураження клапанів серця. Вислуховування систолічного клацання в V точці було пов'язано з проласом МК. У половини дітей систолічний шум на верхівці був тривалим, дулючого характеру, вислуховувався не лише на верхівці, а й по лівому краю грудини, у 24,3 % дітей він проводився за межі серця – в аксиллярну ділянку, на спину. Серед інших ознак з боку ССС часто виявляли ослаблення тонів серця, особливо на верхівці (у 48,7 %) та розширення меж серця (25,6 %). Розширення меж серця спостерігали переважно вліво, в одиноких випадках і вправо. Підсилений I тон на верхівці, який вислуховувався у 2 пацієнтів був пов'язаний із наявністю комбінованої МВ серця, в одному випадку з перевагою стенозу. Акцент II тону на легеневій артерії (в 11,5 %) був зумовлений перевантаженням малого кола кровообігу та легеневою гіпертензією. Рідше мав місце акцент II тону на аорті, який був пов'язаний з артеріальною гіпертензією. Порушення ритму серцевої діяльності частіше були пов'язані з тахікардією та дихальною аритмією. Рідко спостерігалася брадикардія та у 3 дітей екстрасистоля.

Зниження артеріального тиску нижче 5 центилі вікової норми виявили у 10,3 % дітей, його підвищення вище 95 центилі вікової норми – у 6,4 % хворих.

Наявність супутньої патології зумовили зміни з боку гепатобіліарної та гастроудоденальної систем, що най-

частіше проявлялося збільшенням розмірів печінки (47,4 %), болючістю в правому підребер'ї (20,5 %) та позитивними міхуровими симптомами Ортнера, Кера, Мерфі (28,2 %). Збільшення печінки лише в одному випадку можна було пояснити проявами серцевої недостатності.

Зміни в загальному аналізі крові були різноплановими та залежали від активності патологічного процесу. Лейкоцитоз спостерігався у 11 (14,1 %), зсув лейкоцитарної формули вліво до паличкоядерних нейтрофілів – у 23 (29,5 %), нейтрофіліоз – у 3 (3,8 %) дітей. Лейкопенія мала місце у 13 (16,7 %), лімфоцитоз – у 17 (21,8 %), моноцитоз – у 10 (12,8 %) хворих. Еозинофілію виявляли у 13 (16,7 %) пацієнтів, анемію – у 2 (2,6 %) дітей. Прискорення ШОЕ також відмічалось лише у 2 (2,6 %) хворих.

Зміни гострофазових показників найчастіше стосувалися підвищення рівня серомукоїду у 25 (32,1 %) дітей, зростання АСЛ-О у 9 (11,5 %) хворих. Рідше був позитивним СРБ (у 8 – 10,3 %) та сіалові кислоти (у 4 – 5,1 %) хворих.

ВИСНОВКИ. Хронічна ревматична хвороба серця частіше спостерігається у дітей підліткового віку та у жителів сільської місцевості, що вказує на необхідність ретельного спостереження у даних категорій хворих. У 45,8 % дітей формування вади серця відбувається у перші 3 роки після перенесеної гострої ревматичної лихоманки. У 85,9 % хворих захворювання перебігає з ураженням мітрального клапана, при цьому у 39,7 % – з його недостатністю. У 38,5 % дітей відсутні дані за перенесену гостру ревматичну лихоманку. При поступленні у хворих на хронічну ревматичну хворобу серця на перший план виступає кардіальний синдром, суб'єктивними проявами якого найчастіше є болі в ділянці серця (у 53,8 %), а об'єктивними – аускультативні феномени відповідно до вади серця. Прояви серцевої недостатності відсутні у 43,6 % дітей.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Вивчення клінічних особливостей перебігу хвороби дасть змогу розробити прогностичні критерії ранніх ознак захворювання та посилити профілактичні заходи для її попередження.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бережний В. В. Стан надання кардіоревматологічної допомоги дітям України (за матеріалами діяльності кардіоревматологічної служби у 2009 році) / В. В. Бережний, Т. В. Марушко І. В. Романкевич // Современная педиатрия. – 2010. – № 5 (33). – С. 14–17.
2. Коваленко В. М. Динаміка стану рівня здоров'я народу України та регіональні особливості (Аналітично-статистичний посібник) / В. М. Коваленко, В. М. Корнацький. – Київ, 2012. – 212 с.
3. Коваленко В. М. Ревматизм / В. М. Коваленко, А. П. Дорогой, О. П. Борткевич // Украинская Медицинская Газета. – 2006. – № 7–8. – С. 8–9.
4. Ильяш М. Г. Новое в лечении пороков сердца / М. Г. Ильяш. – Киев: ООО «ДСГ Лтд», 2005. – 80 с.

5. Бенца Т. М. Острая ревматическая лихорадка: диагностика и лечение / Т. М. Бенца // Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. – 2008. – № 3 (14). – С. 42–48.
6. Stingl C. Cardiac operations for North American children with rheumatic diseases: 1985-2005 / C. Stingl, J. H. Moller, B. A. Binstadt // Pediatr. Cardiol. – 2010. – N 31. – P. 66–73.
7. Surgical pathology and etiology of 278 surgically removed mitral valves with pure regurgitation in Thailand // P. Cheunsuchon, P. Chuangsuwanich, N. Samanthai [et al.] // Cardiovasc. Pathol. – 2007. – N 16. – P. 104–110.
8. WHO Expert Consultation on Rheumatic Fever and Rheumatic Heart Disease. Rheumatic fever and rheumatic heart disease: report of a WHO Expert Consultation, Geneva, 29 October – 1 November 2001: WHO technical report series. – 2004. – N 923. – 122 p.

Отримано 03.02.14