



<https://printo.it/pediatric-rheumatology/BG/intro>

# Ревматизъм И Пост-Стрептококов Реактивен Артрит

Версия на 2016

## 2. ДИАГНОЗА И ТЕРАПИЯ

### 2.1 Как се поставя диагнозата?

Клиничните белези и изследванията са от особено значение, тъй като няма специфичен тест или белег за диагнозата. Симтомите на артрит, кардит, хорея, кожни промени, гемпература, лабораторни данни за стрептококова инфекция и проводни нарушения в сърдечната дейност, документирани на електрокардиограма, помагат за поставяне на диагнозата (така наречени критерии на Джоунс). За поставяне на диагнозата са необходими и доказателства за предхождаща стрептококова инфекция.

### 2.2 Кои други заболявания наподобяват ревматизъм?

Има болест, наречена 'пост-стрептококов реактивен артрит', която също се развива след прекаран стрептококов фарингит, като при нея артритът е с по - дълга давност и рискът за развитие на кардит е по-нисък; назначава се антибиотична профилактика. Ювенилният идиопатичен артрит е друго заболяване наподобяващо ревматизъм, но продължителността на артрит е повече от 6 седмици. Лаймската болест, левкемията, реактивният артрит, причинен от друга бактерия или вируси също могат да се проявят с артрит. Невинни сърдечни шумове (обикновени сърдечни шумове, без сърдечна патология), вродени или други придобити сърдечни заболявания могат да бъдат погрешно диагностицирани като ревматизъм.

---

### **2.3 Колко са важни изследванията?**

Някои изследвания са задължителни за диагнозата и проследяването. Кръвните тестове са полезни и по време на обострянията, за да се потвърди диагнозата.

Както при много други ревматологични заболявания, симптоми на системно възпаление се наблюдават при почти всички пациенти, с изключение на тези с хорей. При повечето пациенти няма белези за гърлена инфекция и стрептококът от гърлото е елиминиран от имунната система към момента на началото на болестта. Има кръвни изследвания, които показват антитела срещу стрептококите, дори ако болният не е забелязал и не помни признаци на инфекция на гърлото. Повишените титри (нива) на тези антитела, познати като антистрептолизинови (AST) или DNA-за В, могат да бъдат намерени при кръвни тестове 2-4 седмици по-късно. Високите титри показват скорошна инфекция, но няма доказана връзка с тежестта на болестта. Тези изследвания може са с нормални стойности при пациенти само с хорей, което затруднява диагнозата.

Високо AST или DNA-за В означава, предхождаща среща с бактерията и стимулация на имунната система да образува антитела, и само по себе си не поставя диагноза ревматизъм при безсимптомни пациенти. В тези случаи антибиотично лечение по правило не е необходимо.

### **2.4 Как се установява кардитът?**

Новопоявил се сърдечен шум в резултат на възпаление на сърдечна клапа, е най-честият признак на кардит и обикновено се установява при аускултация на сърдечните тонове от лекар.

Електрокардиограмата (запис на електрическите потенциали от работата на сърцето) е полезна за да се установи степента на сърдечното засягане. Рентгенографията на гръден кош дава информация за уголемяване на сърцето.

Доплеровата ехокардиография и ехокардиографията е много чувствителен метод за доказване на кардит. Всички тези процедури са безболезнени и единственото неудобство е, че детето трябва да стои неподвижно за малко.

---

## **2.5 Може ли да бъде лекуван/излекуван?**

Ревматизмът е значителен здравословен проблем в някои части на света , но той може да бъде предотвратен при незабавно лечение на стрептококовия фарингит, веднага щом се разпознае (т.нар. първична профилактика). Антибиотичната профилактика, започната в първите 9 дни от началото на фарингита, е ефективна за предпазване от ревматизъм. Симптомите на ревматизмът се лекуват с нестероидни противовъзпалителни средства.

В момента се провежда изследване за изработване на ваксина срещу стрептококи: предпазването от първоначалната инфекция би осигурило защита срещу абнормна имунна реакция. Този подход би могъл да е основа за превенция на ревматизма в бъдеще.

## **2.6 Какви са медикаментите за лечение?**

В последните няколко години няма нови препоръки за медикаментозно лечение. Аспиринът остава основното лечение, като точният механизъм на ефекта не е ясен; свързва се с неговите противовъзпалителни свойства. Други нестероидни противовъзпалителни средства се препоръчват при появата на артрит за 6-8 седмици или докато изчезне.

За тежък кардит – постелен режим и в някои случаи се препоръчват кортикостероиди през устата (преднизон) за 2-3 седмици, в намаляваща доза след като възпалителната активност е овладяна според симптомите и кръвните изследвания.

В случай на хорея може да е необходима родителска помощ при самообслужването и училищните задължения. Медикаментозното лечение за контрол над неволевите движения включва стероиди, халоперидол и валпроева киселина при стриктно следене за странични ефекти. Най- честите такива са сънливост и треперене и лесно могат да се намалят с оптимизиране на дозата. В редки случаи хореята може да продължи няколко месеца въпреки адекватното лечение.

След като диагнозата е потвърдена, се препоръчва дългосрочна антибиотична протекция, за да се избегне обостряне на оплакванията.

---

## **2.7 Какви са страничните ефекти от медикаментозната терапия?**

При кратък курс на лечение, салицилатите и другите НСПВС обикновено се понасят добре. Рискът от алергия към пеницилин е нисък, но все пак трябва да има активно наблюдение при първите му приложения. Основните недостатъци са болезнените манипулации и възможен отказ на пациенти, които изпитват болка. По тази причина са препоръчителни обучение за заболяването, повърхностна анестезия и релаксация преди инжекцията.

## **2.8 Колко дълго продължава вторичната профилактика?**

Рискът от рецидив е по-висок в първите 3-5 години от началото на заболяването и рискът от получаване на трайни сърдечни увреди се увеличава с всеки нов тласък. През този период се препоръчва редовна антибиотична профилактика на стрептококовите инфекции при всички пациенти, които са имали ревматизъм, независимо от тежестта, тъй като и леките инфекции могат да доведат до рецидив.

Повечето лекари смятат че антибиотичното лечение трябва да продължи най-малко 5 години след последното обостряне или докато детето стане на 21 години. В случай на кардит, без трайни поражения върху сърцето, вторичната профилактика се препоръчва за 10 години или докато пациентът навърши 21 години (който от двата периода е по-дълъг). Ако има увреждане на сърцето профилактиката трябва да продължи 10 години , или до навършване на 40 години – или повече, ако има засягане на сърдечна клапа.

Превенцията на бактериален ендокардит с антибиотици е препоръчителна за всички пациенти с клапно засягане, на които предстоят стоматологични или хирургични процедури. Тези мерки са необходими, защото бактериите могат да навлязат от други части на тялото, особено от устата, и да причинят инфекция на засегнатата сърдечна клапа.

## **2.9 Има ли неконвенционални и допълнителни средства за**

---

## **лечение?**

Има много допълнителни и алтернативни средства за лечение, което може да е объркващо за пациентите и техните семейства. Трябва да се помисли добре за ползите и рисковете от тях, тъй като сигурни доказателства за техния ефект няма и те могат да са причина за загуба на време и средства и последствия за пациента. Ако желаете да се възползвате от алтернативна терапия е добре да обсъдите това с вашия детски ревматолог. Някои от тези допълнителни средства могат да взаимодействат с конвенционалните лекарства. Повечето лекари не ги отричат, ако потърсите съвет от тях. Важно е да не спирате терапията с изписаните ви медикаменти. Може да е много опасно да спрете да приемате лекарствата, които са ви нужни за контрол на заболяването, като кортикостероиди например, ако то все още е активно. Моля, разисквайте всички въпроси, свързани с лечението с лекуващия лекар на детето ви.

### **2.10 Какви контролни изследвания за необходими?**

Необходими са редовни контролни прегледи и изследвания при по-голяма продължителност на заболяването. Препоръчва се стриктно проследяване в случаите с хорея и кардит. След ремисията, трябва да има схема за профилактично лечение и се препоръчва дългосрочно проследяване от кардиолог за възможно увреждане на сърцето.

### **2.11 Колко дълго продължава заболяването?**

Острите симптоми на болестта отзвучават до няколко дни или седмици. Рискът от обостряне на ревматизма продължава, а ако има сърдечно засягане симптомите могат да са до края на живота. Придружаващо антибиотично лечение за предпазване от рецидив на стрептококов фарингит е нужно за много години.

### **2.12 Каква е дългосрочната еволюция /прогноза/ на заболяването?**

Рецидивирването на симптомите е непредсказуемо по време и по тежест. Кардитът по време на първата атака на болестта

---

увеличава риска от трайни увреди, макар че има случаи на трайно излекуване. Тежко сърдечно засягане може да наложи хирургична смяна на клапа.

### **2.13 Възможно ли е пълното възстановяване?**

Да, възможно е, освен ако кардитът не е довел до трайно увреждане на сърцето.