Задача

Пациент П., 14 лет, поступил в клинику с жалобами на субфебри­литет до 37,5°С, боли и опухание коленных суставов, одышку при умеренной физической нагрузке, дискомфорт в области сердца, пе­ребои в работе сердца, общую слабость, быструю утомляемость.

Из анамнеза известно, что пациент рос и развивался нормально. Окончил среднюю школу. В настоящее время является студентом вуза. Не курит, алкоголь не употребляет, диету не соблюдает. Роди­тели здоровы, однако у тетки со стороны матери в молодом возрас­те диагностирован порок сердца. Из перенесенных заболеваний от­мечает коклюш в детстве, а также частые ангины.

Около трех недель назад перенес на ногах очередную ангину, про­текавшую с болями в горле, повышением температуры тела до 37,3°С. Лечение заключалось в полоскании горла раствором соды. Боли в горле прошли, температура тела нормализовалась, однако не­делю назад вновь отметил ее повышение до субфебрильных цифр, появление болей при ходьбе в коленных суставах, затем - припухлос­ти над ними, появились общая слабость, повышенная утомляемость. Лечился индометациновой мазью местно, без существенного эффек­та. 2-3 дня назад появился дискомфорт в области сердца, отметил по­явление небольшой одышки и перебоев при умеренной физической нагрузке. В стационар поступил для обследования и лечения.

При **осмотре**состояние средней тяжести. Температура тела 37,3°С, кожные покровы обычной окраски, повышенной влажности, отмеча­ется увеличение в объеме коленных суставов за счет отека, кожные покровы над ними не изменены, но при пальпации локально темпера­тура повышена, определяется болезненность при активных и пассив­ных движениях. При осмотре полости рта миндалины увеличены, видны единичные белые «пробки» в лакунах. Поднижнечелюстные лимфатические узлы пальпируются, размером с небольшую гороши­ну, мягкоэластические. Другие группы лимфоузлов не пальпируются. ЧД в покое 17 в минуту, в легких хрипов нет, перкуторный звук ясный легочный. При перкуссии сердца левая граница на 1 см левее среднеключичной линии, остальные границы в норме. При аускультации сердечные тоны приглушены, единичные экстрасистолы. ЧСС - 100 в минуту, выслушивается мягкий систолический шум на верхушке. АД - 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезен­ка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный.

В **общем анализе крови:**лейкоциты - 13 х 109 /л (п/я - 3%, с/я -75%), СОЭ - 37 мм/ч. СРВ +++, увеличение уровня фибриногена до 5,5 г/л. Титр анти-О-стрептолизина 1:400.

На **ЭКГ:**синусовый ритм, ЧСС - 100 в минуту, вертикальное положение ЭОС, PQ<0,24 с, QRS - 0,08 с, единичные предсердные экстрасистолы. При рентгенографии органов грудной клетки оча­говые и инфильтративные изменения не выявлены, небольшое рас­ширение сердца влево. При эхокардиографии: диастолический диаметр левого желудочка 5,9 см, остальные камеры в пределах нормы. ФВ - 50%, митральная регургитация I-II степени. Створки клапанов не изменены.

**Дайте письменные ответы на следующие вопросы.**

• Проведите диагностический поиск.

• После 2-го этапа диагностического поиска сформулируйте пред­варительный диагноз.

• Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.

• Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.

• Назначьте лечение и обоснуйте его.

Клиническое рассуждение

На **1-м этапе**диагностического поиска среди жалоб пациента мож­но выделить обусловленные общевоспалительным синдромом (ли­хорадка, общая слабость, утомляемость), связанные с поражением сердца (дискомфорт в области сердца, перебои) и связанные с сус­тавным синдромом (по всей видимости, олигоартрит, так как боли в суставах сочетаются с опуханием). Генез одышки на данном этапе не ясен, так как, с учетом других жалоб пациента, она может как сви­детельствовать о сердечной или дыхательной недостаточности, так и быть обусловлена астенией на фоне какого-то воспалительного заболевания. При появлении подобного сочетания жалоб (суставной синдром + кардиальные жалобы + лихорадка) у молодого пациента в первую очередь необходимо заподозрить острую ревматическую лихорадку. В анамнезе жизни обращают на себя внимание отяго­щенный семейный анамнез (порок сердца у тетки - ревматический? врожденный?) и подверженность стрептококковым инфекциям в виде частых ангин. При анализе анамнеза настоящего заболевания сразу отмечаем связь возникновения жалоб с перенесенной ангиной с наличием 2-3-недельного промежутка между ангиной и развитием болезни, что делает предположение о ревматической природе забо­левания очень вероятным. Необходимо отметить неадекватность лечения ангины, что послужило важным фактором, обусловлива­ющим развитие и выраженность симптомов острой ревматической лихорадки.

На **2-м этапе**диагностического поиска при осмотре подтвержда­ется предположение об олигоартрите. Выявляются признаки пора­жения коленных суставов: болезненность, отек, гипертермия кожных покровов над ними. Симметричное поражение крупных суставов является характерной чертой ревматического артрита. Кроме того, определяется поражение сердца, проявляющееся в ви­де расширения сердца влево, глухости сердечных тонов, систоли­ческого шума на верхушке, экстрасистолии. Обращают также на себя внимание общевоспалительные явления (лихорадка, потли­вость), признаки хронического тонзиллита.

Таким образом, у больного выявлены два больших критерия диаг­ностики острой ревматической лихорадки (кардит и артрит) и один малый (лихорадка). Кроме того, определяется связь начала заболе­вания с предшествующей стерптококковой инфекцией. Эти данные с большой долей вероятности свидетельствуют о наличии у пациен­та острой ревматической лихорадки. С учетом выраженных изме­нений со стороны сердца, субфебрильной температуры, олигоарт-рита вероятна **III**степень активности заболевания.

На **3-м этапе**диагностического поиска в анализах крови выявля­ются воспалительные изменения - трофильный лейкоцитоз, увели­чение СОЭ (малый критерий ревматической лихорадки), гипер-фибриногенемия, повышение титра антистрептококковых антител, подтверждающие **II**степень активности заболевания. На ЭКГ опре­деляется достаточно характерный для ревматической лихорадки признак - удлинение интервала PQ (еще один малый признак). При эхокардиографии определяется умеренное расширение левого же­лудочка со снижением фракции выброса. Признаки сформировав­шегося порока не выявлены. С учетом данных 2-го и 3-го этапов диагностического поиска, выявивших дилатацию левого желудочка с митральной регургитацией, логично рассматривать одышку в рамках недостаточности кровообращения, соответствующей **I**стадии по классификации Стражеско-Василенко или **II**функци­ональному классу по NYHA.

Таким образом, **клинический диагноз**может быть сформулиро­ван так: «Острая ревматическая лихорадка (кардит, олигоартрит, лихорадка), **III**ст. активности, НК **I**ст. **(II**ФК по NYHA)».

Пациенту показаны строгий постельный режим, диета с ограни­чением соли, углеводов, увеличением содержания белка, богатая витаминами.

Учитывая недавнюю ангину, наличие хронического тонзиллита, показана антибиотикотерапия - бензилпенициллин 1,5 млн в сутки в течение 10 дней.

Для воздействия на воспалительный процесс показан прием Ибупрофена в дозе по 400 мг 4 р/сут в течение 2 месяцев. Однако с учетом высокой активности заболевания целесообразен прием и глюкокортикоидов (преднизолон 30 мг/сут с постепенным сни­жением дозы в течение 20-30 дней). В такой комбинации возраста­ет риск ульцерогенного эффекта этих препаратов, поэтому их наз­начение необходимо комбинировать с Н2-блокаторами (ранитидин 150 мг/д) по 1 табл за 15 минут до завтрака. С учетом недостаточности кровообращения возможно назначение небольших доз мочегонных препаратов (гипотиазид 25 мг/сут и ингибиторов АПФ (эналаприл, начиная с 2,5 мг/сут) под контролем АД.

После выписки из стационара пациенту показана круглогодич­ная вторичная профилактика с использованием инъекций экстенциллина в/м 1 раз в 3 недели в дозе 2,4 млн ЕД в течение не менее пяти лет. В дальнейшем необходимо обеспечить условия труда и жизни с исключением переохлаждений.