



<https://www.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 артритата 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.