

**РЕВМАТИЗМ:
ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ
ЛИХОРАДКА И ХРОНИЧЕСКАЯ
РЕВМАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ
СЕРДЦА**

**Лекция для обучающихся по специальности
«Лечебное дело»**

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- **Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ)**- постинфекционное осложнение А-стрептококкового тонзиллита (ангины) или фарингита в виде системного воспалительного заболевания соединительной ткани с преимущественной локализацией в сердечно-сосудистой системе (ревмокардит), суставах (мигрирующий полиартрит), мозге (хорея) и коже (кольцевидная эритема, ревматические узелки), развивающееся у предрасположенных лиц (главным образом, молодого возраста, от 7— 15 лет) в связи с аутоиммунным ответом организма на Ag стрептококка и перекрёстной реактивностью со схожими аутоантигенами поражаемых тканей человека (феномен молекулярной мимикрии).

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- Хроническая ревматическая болезнь сердца (ХРБС) - заболевание, характеризующееся поражением сердечных клапанов в виде поствоспалительного краевого фиброза клапанных створок или порока сердца (недостаточность и/или стеноз), сформировавшихся после перенесённой острой ревматической лихорадки.

КОВАРСТВО БОЛЕЗНИ

1. Поражение детей и лиц молодого возраста
2. Рецидивирующее и прогрессирующее течение
3. Формирование клапанных пороков сердца
4. Развитие хронической сердечной недостаточности

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Первичная заболеваемость ОРЛ в России – **0,03%**
- Преобладающий возраст – 5 -15 лет
- Частота ревматических пороков сердца в России – **0,17%**
- В последние годы наблюдается **рост заболеваемости**

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР β-гемолитический стрептококк группы А

Доказательства:

1. Хронологическая **связь** болезни с **перенесенной** стрептококковой **инфекцией** (ангина, фарингит, скарлатина и др.)
2. У 100% больных в первые 2 недели болезни **стрептококк высеивается из зева**
3. В крови больных выявляются **противострептококковые антитела**
4. Эффективность лечения и **профилактики** препаратами **пенициллина**

ФАКТОРЫ ВИРУЛЕНТНОСТИ СТРЕПТОКОККА

- 1. М-протеин клеточной стенки**, имеющий антигенное сходство с компонентами сердечной мышцы и синовиальных оболочек, что способствует перекрестным реакциям с противострептококковыми антителами (**феномен молекулярной мимикрии**)
- 2. Гиалуроновая кислота** капсулы
- 3. Ферменты**, обладающие кардиотоксическим действием и свойствами антигенов

АНТИГЕННЫЕ СВОЙСТВА ТОКСИНОВ СТРЕПТОКОККА

Ферменты:

1. Стрептолизин – O
2. Стрептолизин – S
3. Стрептокиназа
4. Гиалуронидаза
5. Дезоксирибонуклеаза

Антитела:

1. АСЛ – O
2. АСЛ – S
3. АСК
4. АСГ
5. Анти-ДНКаза

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ

1. Наследование определенного аллоантигена В-лимфоцитов
2. Семейная отягощенность по ревматизму

ПАТОГЕНЕЗ РЕВМАТИЗМА

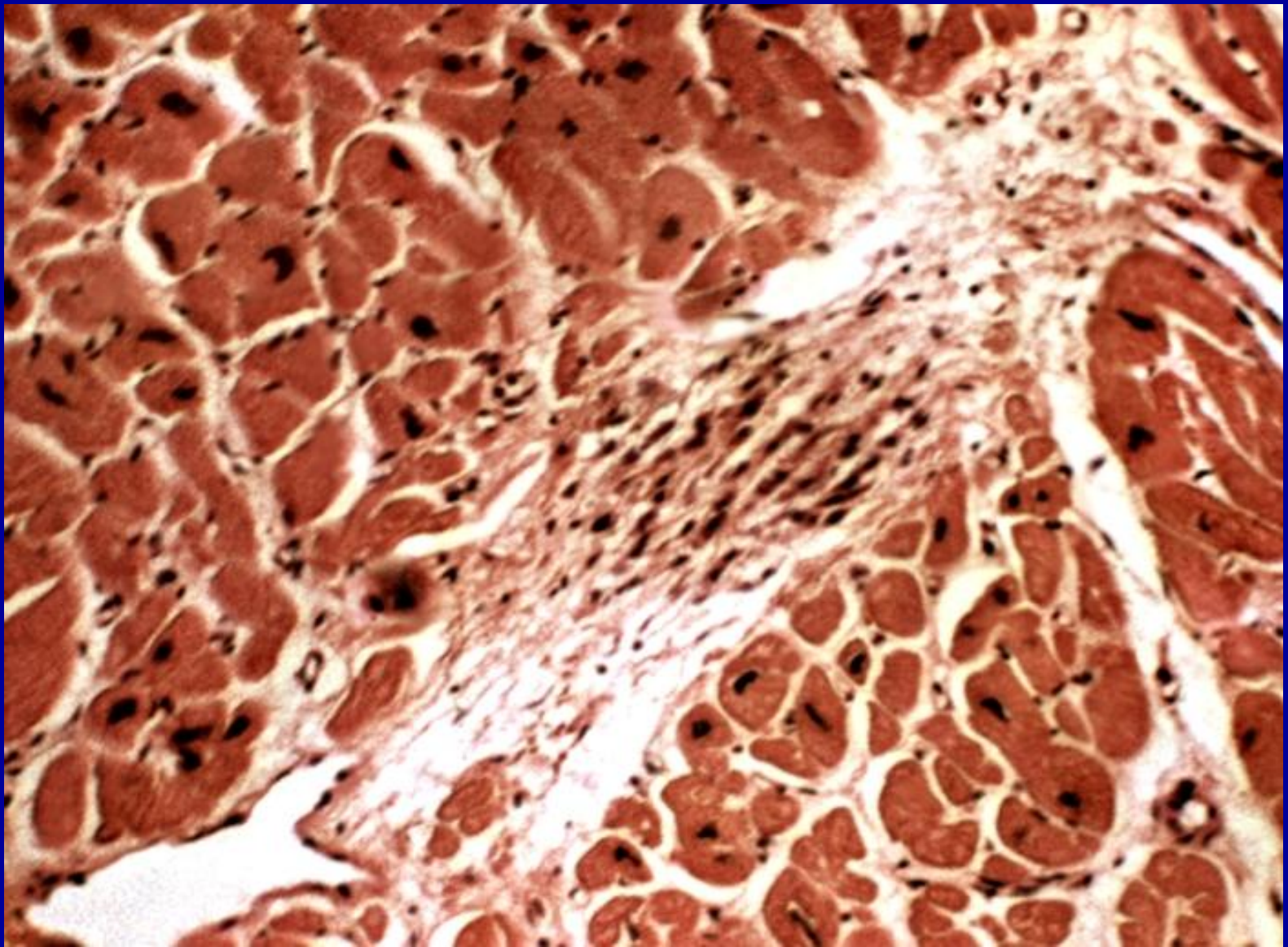
1. Образование **противострептококковых антител**
2. Формирование **иммунных комплексов** – Антиген + антитело + комплемент (ЦИК)
3. Повреждение тканей сердца осажденными ЦИК по типу **реакции ГНТ** с участием нейтрофилов
4. Образование **аутоантител к миокарду** и соединительной ткани
5. Длительное иммунное воспаление по типу **реакции ГЗТ** с участием сенсibilизированных лимфоцитов

ПАТАНАТОМИЯ РЕВМАТИЗМА

4 стадии:

1. Мукоидного набухания (обратимая)
2. Фибриноидного некроза
3. Образования ашофф -талалаевских гранулем
4. Склероза

Продолжительность цикла - 6 месяцев



Ашофф-Талаевская гранулема на фоне кардиомиоцитов

СРОКИ ФОРМИРОВАНИЯ ПОРОКОВ СЕРДЦА

1. Недостаточность митрального клапана – через 6 месяцев после атаки
2. Митральный стеноз – через 2 года
3. Аортальные пороки – еще позднее

КЛАССИФИКАЦИЯ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ

Ассоциация ревматологов России (АРР) 2003

I. Клинические формы:

- Острая ревматическая лихорадка
- Повторная ревматическая лихорадка

Классификация

II. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

А. Основные:

- Кардит
- Артрит
- Хорея
- Кольцевидная эритема
- Ревматические узелки

Б. Дополнительные:

- Лихорадка
- Артралгии
- Абдоминальный синдром
- Серозиты

Классификация

III. Исходы

- А. Выздоровление
- Б. Хроническая ревматическая болезнь сердца
 - без порока сердца
 - с пороком сердца

IV. Недостаточность кровообращения

А. По классификации Н.Д.Стражеско и В.Х.Василенко

- СН-0
- СН-I ст.
- СН-IIА – IIБ
- СН-III

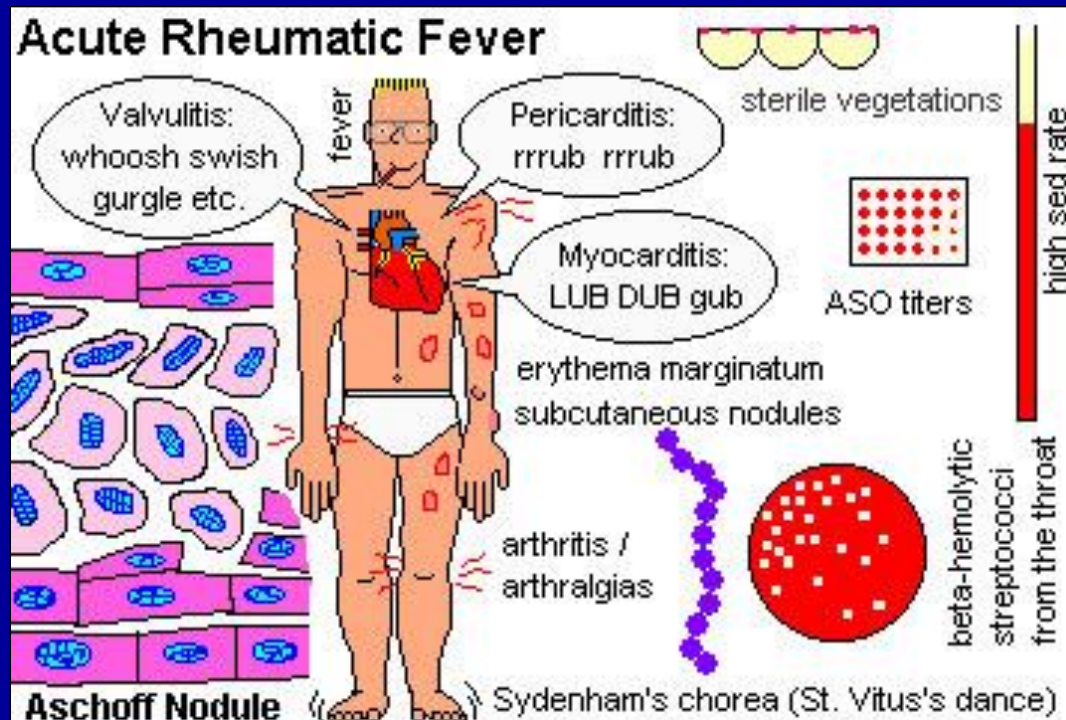
Б. По классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации – NYHA
(функциональные классы 0,I,II,III,IV)

Факторы риска

- Наличие острой и хронической рецидивирующей β -гемолитический стрептококка группы А (БГСА) – инфекции верхних дыхательных путей (тонзиллит и фарингит)

ДЛЯ РЕВМАТИЗМА ХАРАКТЕРНО!

- Начало болезни через 2-3 недели после стрептококковой носоглоточной инфекции
- Пик заболеваемости – у детей в 5-15 лет



Диагностика БОЛЬШИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

(Киселя - Джонса, пересмотренные Американской кардиологической ассоциации в 1992г. И модифицированные Ассоциацией ревматологов России 2003)

1. Кардит
2. Полиартрит
3. Хорея
4. Кольцевидная эритема
5. Подкожные ревматические узелки

МАЛЫЕ КРИТЕРИИ

1. Клинические:

- лихорадка (38° и более), артралгии

• Лабораторные:

- увеличение СОЭ, повышение концентрации СРБ
- Удлинение интервала P—R на ЭКГ, признаки митральной и/или аортальной регургитации при эхокардиографии.

Данные, подтверждающие предшествовавшую БГСА-инфекцию

- 1. Положительная БГСА-культура, выделенная из зева, или положительный тест быстрого определения группового БГСА-Аг.
- 2. Повышенные или повышающиеся титры противострептококковых АТ.

ДОСТОВЕРНОСТЬ ДИАГНОЗА:

- 2 больших критерия + дополнительные признаки
- 1 большой + 2 малых + дополнительные признаки

Особые случаи

- Изолированная («чистая») хорея при отсутствии других причин.
- «Поздний» кардит — растянутое во времени (>2 мес) развитие клинических и инструментальных симптомов вальвулита (при отсутствии других причин).
- Повторная ОРЛ на фоне хронической ревматической болезни сердца (или без неё).

Пример формулировки диагноза:

ОСН.: Острая ревматическая лихорадка: кардит средней степени тяжести (митральный вальвулит, миоперикардит), мигрирующий полиартрит.

Осл.: ХСН I стадии, ФК II.
Атриовентрикулярная блокада II степени, тип I Мобитца.

Жалобы и анамнез

Острота дебюта ОРЛ зависит от возраста больных. Более чем в половине случаев заболевания, начавшегося в детском возрасте, через 2—3 нед после ангины внезапно повышается температура до фебрильных цифр, появляются симметричные мигрирующие боли в крупных суставах (чаще всего коленных) и признаки кардита (перикардальные боли, одышка, сердцебиение и др.).

Жалобы и анамнез

- Для подростков и молодых людей характерно постепенное начало — после стихания клинических проявлений ангины появляются субфебрильная температура, артралгии в крупных суставах или только умеренные признаки кардита.
- Повторная атака (рецидив) ОРЛ провоцируется БГСА-инфекцией и проявляется преимущественно развитием кардита.

КАРДИТ

- 1. Жалобы:** колющие, ноющие боли в сердце, одышка, сердцебиение, перебои в работе сердца
- 2. При осмотре:** больной астеничен, кожные покровы бледные, под глазами «тени». Возможно небольшое увеличение периферических лимфоузлов. Область сердца не изменена.

КАРДИТ

3. Пальпаторно: верхушечный толчок ослаблен

4. Перкуторно: небольшое расширение границ сердца из-за воспалительного поражения миокарда и умеренной миогенной дилатации полостей сердца

4. Аускультативно: приглушенность тонов сердца, тахикардия в покое, экстрасистолия, систолический шум на верхушке

КАРДИТ

Систолический шум, отражающий митральную регургитацию, имеет следующие характеристики: по характеру **длительный, дующий**; имеет **разную интенсивность**, особенно на ранних стадиях заболевания; существенно не изменяется при перемене положения тела и фазы дыхания; **связан с I тоном** и занимает **большую часть систолы**, и оптимально **выслушивается на верхушке сердца** и проводится в **левую подмышечную область**.

КАРДИТ

- **Мезодиастолический шум** (низкочастотный), развивающийся при остром кардите с митральной регургитацией, имеет следующие характеристики: часто **следует за III тоном** или заглушает его, выслушивается на **верхушке сердца** в положении больного на **левом боку при задержке дыхания на выдохе**.

КАРДИТ

Протодиастолический шум, отражающий аортальную регургитацию, имеет следующие характеристики: начинается сразу после II тона, имеет высокочастотный дующий убывающий характер, лучше всего прослушивается вдоль левого края грудины после глубокого выдоха при наклоне больного вперёд, как правило, сочетается с систолическим шумом.

КАРДИТ

- Изолированное поражение аортального клапана без шума митральной регургитации нехарактерно для ОРЛ.

КАРДИТ

Нарастание интенсивности шума и изменение его тембра свидетельствуют о поражении эндокарда и формировании порока сердца. Достоверный диагноз устанавливается при ЭхоКГ.

КАРДИТ

- Ревматическое поражение сосочковых мышц и сухожильных хорд нередко приводит к развитию пролапса митрального клапана, который аускультативно проявляется коротким систолическим щелчком между I и II тоном с последующим коротким систолическим шумом на верхушке (уточнение ЭхоКГ)

КАРДИТ

Исходом кардита является формирование РПС. Частота развития РПС после первой атаки ОРЛ у детей составляет 20 — 25%. Преобладают изолированные РПС, чаще — митральная недостаточность. Реже формируются недостаточность аортального клапана, митральный стеноз и митрально-аортальный порок. Примерно у 7—10% детей после перенесённого ревмокардита развивается пролапс митрального клапана.

КАРДИТ

- У подростков, перенесших первую атаку ОРЛ, пороки сердца диагностируются в 1/3 случаев. У взрослых пациентов данный показатель составляет 39-45% случаев. Максимальная частота формирования РПС (75%) наблюдается в течение 3 лет от начала болезни. Повторные атаки ОРЛ, как правило, усугубляют выраженность клапанной патологии сердца.

ПОЛИАРТРИТ (у 60-100%)

1. Поражение преимущественно крупных суставов (коленные, локтевые, плечевые, голеностопные)
2. Симметричность поражения
3. Летучий (мигрирующий) характер
4. Полное обратимость артрита без остаточной деформации

ПОЛИАРТРИТ (у 60-100%)

- В 10—15% случаев выявляются полиартралгии, не сопровождающиеся ограничением движений, болезненностью при пальпации и другими симптомами воспаления.
- Суставной синдром быстро разрешается на фоне НПВП, деформации не развиваются.

Ревматическая (МАЛАЯ) ХОРЕЯ

(у 6-30%)

1. Непроизвольные движения (гиперкинезы) мимической мускулатуры, мышц туловища, конечностей
2. Мышечная гипотония
3. Нарушения почерка и походки
4. Психоэмоциональная лабильность
5. Сосудистая дистония

Ревматическая (МАЛАЯ) ХОРЕЯ (у 6-30%)

- Ревматическая хорея связана с вовлечением в патологический процесс подкорковых структур мозга (полосатого тела, субталамических ядер и мозжечка). Чаще встречается у девочек.

ПОДКОЖНЫЕ РЕВМАТИЧЕСКИЕ УЗЕЛКИ

мелкие узелки, расположенные в местах прикрепления сухожилий в области коленных, локтевых суставов или затылочной кости — характерный, но крайне редкий (1—3% всех случаев ОРЛ) признак. На фоне лечения через 3-4 нед. узелки исчезают.





Подкожные ревматические узелки над локтевым суставом

КОЛЬЦЕВИДНАЯ ЭРИТЕМА

- бледно-розовые кольцевидные высыпания на туловище и проксимальных отделах конечностей, но не на лице; не сопровождающиеся зудом, не возвышающиеся над поверхностью кожи, не оставляющие после себя следов — характерный, но редкий (4—17% всех случаев ОРЛ) признак.

КОЛЬЦЕВИДНАЯ ЭРИТЕМА



В последние годы ревматическая хорея, подкожные узелки и кольцевидная эритема встречаются очень редко, но, в силу их высокой специфичности при ОРЛ, сохраняют свою диагностическую значимость.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ

- **Анализ крови** – увеличение СОЭ и +СРБ
- Бактериологическое исследование: выявление в мазке из зева БГСА (может быть как при активной инфекции, так и при носительстве).
- Серологические исследования: повышенные или (что важнее) повышающи-еся в динамике титры антистрептолизина-О, антистрептогиалуронидазы и антидезоксирибонуклеазы-В.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

- **ЭКГ** – тахикардия, экстрасистолия, замедление АВ-проводимости, снижение вольтажа зубцов, нарушения процессов реполяризации
- **ФКГ** – ослабление I тона, систолический шум на верхушке
- **ЭхоКГ** – снижение фракции выброса и расширение полостей сердца, пролапс митрального клапана

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

1. С инфекционно-аллергическим миокардитом:

- развивается в разгар инфекции
- не характерно развитие пороков сердца
- отсутствие суставного синдрома
- развивается в любом возрасте

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

2. С дисфункцией вегетативной нервной системы:

- связь болезни со стрессами
- преобладают астеноневротические жалобы, вегетососудистые кризы
- молодой возраст больных
- лабораторные показатели в норме
- признаков поражения эндомиокарда нет
- Положительный эффект от седативной терапии

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

3. С ревматоидным артритом:

- характерно поражение мелких суставов
- стойкая деформация суставов
- утренняя скованность
- ревматический фактор (РФ) в крови
- формирование пороков сердца не характерно

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

4. С инфекционным эндокардитом:

- в анамнезе частое наличие «входных ворот» инфекции (удаление гнойного зуба, инъекционная наркомания и т.д.)
- лихорадка, ознобы, профузный пот
- увеличение печени, селезенки
- бледность кожи, петехии
- первоначальное поражение аортального клапана, клапанные вегетации при ЭхоКГ
- тромбоэмболические осложнения

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

•5. С идиопатическим пролапсом митрального клапана

Большинство больных имеют астенический тип конституции и фенотипические признаки, указывающие на врождённую дисплазию соединительной ткани (воронкообразная деформация грудной клетки, сколиоз грудного отдела позвоночника, синдром гипермобильности суставов, раннее развитие плоскостопия и др.).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- **6. С Эндокардитом Либмана-Сакса** - при СКВ обнаруживается в развёрнутой стадии заболевания (при наличии других характерных симптомов) и относится к категории признаков высокой активности болезни.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- **7. С острым неревматическим постстрептококковым миокардитом**
- молодой возраст больных
- предшествующая БГСА/БГС-инфекции глотки
- короткий латентный период (3-5 дней)
- интенсивные кардиалгии
- ↑ тропонина I, КФК-МВ, АСЛ-О
- Подъем сегмента ST на ЭКГ
- Отсутствие признаков клапанной патологии при ЭХО-КГ

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- МРТ сердца с контрастированием повышение контраста в участках скопления внеклеточной воды (отек миокарда) → локализация и протяженность воспаления в миокарде
- отсутствие патологии при коронарографии
- хороший ответ на антибактериальную терапию
- благоприятный прогноз

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- **8. С постстрептококковым реактивным артритом**, который может встречаться и у больных среднего возраста, развивается после относительно короткого латентного периода от момента перенесённой БГСА-инфекции глотки, персистирует в течение длительного времени (около 2 мес), протекает без кардита и недостаточно оптимально реагирует на терапию противовоспалительными препаратами.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

9. С Синдромом PANDAS (pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with group A streptococcal infections). В отличие от классической ревматической хореи, характерны выраженность психиатрических аспектов (сочетание навязчивых мыслей и навязчивых движений), а также значительно более быстрое и полное регрессирование психоневрологической симптоматики только при адекватной противострептококковой терапии.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- **10. С клещевой мигрирующей эритемой**
- патогномоничный признак ранней стадии лайм-боррелиоза - высыпания (в отличие от кольцевидной эритемы) развиваются на месте укуса клеща, обычно достигают больших размеров (6-20 см в диаметре), часто появляются в области головы и лица (особенно у детей); характерны жжение, зуд и регионарная лимфаденопатия.

Перечень основных диагностических мероприятий

- ОАК
- Биохимический анализ крови (креатинин, общий белок, K^+ , Na^+ , АЛТ, АСТ, общий и прямой билирубин, глюкоза, СРБ, РФ, АСЛО)
- ОАМ
- Микрореакция
- Иммунологическое исследование на определение антител к антигенам сердечной мышцы (СМАИФА)

Перечень основных диагностических мероприятий

- Рентгенография ОГК
- ЭКГ, ЭХО-КГ
- Бактериологическое исследование мазка из зева
- Консультация ЛОР-врача, гинеколога/уролога по показаниям - инфекциониста, кардиолога невропатолога

Перечень дополнительных диагностических мероприятий

- ЧП-ЭХОКГ
- УЗИ ОБП, почек
- ФГДС
- Рентгенография суставов
- Консультация невропатолога, ЛОР-врача, кардиолога

ЛЕЧЕНИЕ

Цели лечения:

- •Эрадикация БГСА.
- •Подавление активности воспалительного процесса.
- •Предупреждение у больных с перенесённым кардитом формирования РПС.
- •Компенсация застойной сердечной недостаточности у больных РПС.

Тактика лечения

- Постельный режим в течение 2-3 нед,
- Рациональное питание с ограничением поваренной соли и достаточным количеством полноценных белков и
- Медикаментозная терапия (физиотерапевтическое лечение при ОРЛ противопоказано)

ЛЕЧЕНИЕ

Медикаментозная терапия включает:

- этиотропные
- патогенетические
- симптоматические методы лечения

Перечень основных медикаментов

- ***Антибактериальная терапия***

1. Амоксициллин/клавулановая кислота 625 мг, табл
2. Цефуроксим 250 мг, табл
3. Цификсим 400 мг капсулы
4. Линкомицин 250 мг, табл
5. Азитромицин 500 мг, табл

Перечень основных медикаментов

- *Нестероидные противовоспалительные средства* (диклофенак 2,5% 3 мл, диклофенак 50мг в табл., нимесил 100мг, пор.)

Перечень основных медикаментов

- *Глюкокортикоиды*

1. Преднизолон, 5 мг, таб
2. Преднизолон, 30 мг, амп
3. Метилпреднизолон 4мг, табл.

Перечень дополнительных медикаментов

- *Диуретическая терапия*
- 1. Фуросемид 40 мг, табл
- 2. Торасемид 5мг, 10мг, табл. (торсид, диувер, торсид)
- 3. Индапамид 2,5 мг, капс
- 4. Гипотиазид 100 мг, табл
- 5. Верошпирон 25мг, 50мг.

Перечень дополнительных медикаментов

- *Сосудистая терапия:*
 1. Пентоксифиллин 2%, 5 мл, амп.,
- *Гастропротекторы* (омепразол)
- *Антигипертензивные средства*
 1. Амлодипин 5 мг, 10 мг, табл
 2. Метопролол 50 мг, табл
 3. Сердечные гликозиды (дигоксин)

ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ

Бензилпенициллин по 500 тыс. – 1 млн.

ЕД 4 раза в сутки в/м в течение 10 дней

В дальнейшем переходят на применение пенициллинов пролонгированного действия в режиме вторичной профилактики. При непереносимости пенициллинов применяют макролиды или линкозамиды (раздел *Профилактика*).

ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ

- 2. Амоксициллин** внутрь по 0,5 г 3 раза в сутки 10 дней
- 3. В тяжелых случаях – амоксиклав** или **цефалоспорины** I – II поколений (**цефуроксим** и др.) внутрь или в/м
- 4. При аллергии к β -лактамам – современные макролиды (азитромицин, кларитромицин по 500мг внутрь 2 раза в день 10 дней, вильпрофен и другие)**

ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

- **Глюкокортикоиды** применяют при ОРЛ, протекающей с выраженным кардитом и/или полисерозитами.
- **Преднизолон** назначают взрослым и подросткам в дозе 20-30 мг/сут в 1 приём утром после еды до достижения терапевтического эффекта (в среднем в течение 2 нед). Затем дозу постепенно снижают (на 2,5 мг каждые 5-7 дней) вплоть до полной отмены.
- Общая длительность курса составляет 1,5-2 мес.

ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

- **НПВП** (обычно *диклофенак, ацеклофенак*) назначают при слабо выраженном вальвулите, ревматическом артрите без вальвулита, минимальной активности процесса (СОЭ <30 мм/ч), после стихания высокой активности и отмены ГК, при повторной ОРЛ на фоне РПС.

ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

- **Диклофенак (вольтарен, ортофен)** назначают по 25—50 мг 3 раза в сутки до нормализации показателей воспалительной активности (в среднем в течение 1,5-2 мес).
- При необходимости курс лечения диклофенаком может быть удлинён до 3—5 мес.
- **Ацеклофенак** обычно назначают по 100 мг 2 раза в день.

- **Ацетилсалициловая кислота** – по 1,0 4-5 раз в сутки –
ульцерогенный эффект !
- Селективные ингибиторы ЦОГ-2:
нимесулид (найз) – по 0,1 г 2
раза в день или **мовалис**

Аминохинолиновые производные

- Назначают с иммуносупрессивной и противовоспалительной целью при затяжном или часто рецидивирующем ревматическом процессе.
- **Хлорихин** (*делагил*) по 250 мг 1 раз в сутки до 6-12 мес.
- **Гидрохлорохин** (*плаквенил*) по 200 мг 1-2 раза в сутки до 6-12 мес.

NB!

- Каждые 3 месяца приема аминохинолинов необходим офтальмологический контроль в связи с возможным побочным действием препаратов на органы зрения (атрофия зрительного нерва).

Побочное действие НПВС

- тромбоцитопения
- анемия
- лейкопения и даже
- агранулоцитоз

СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Метаболические средства –

- *калия и магния аспаргинат* (панангин, аспаркам) по 1-2 табл 3 р/день в течение месяца,
- *магне В₆* по 1-2 табл 3 р/день,
- *ИНОЗИН* (рибоксин) по 0,9-1,2г/сутки внутрь в 3 приема в течение 1 месяца или 10мл 10% раствора в/в 10 инъекций;

Метаболические средства

- *милдронат* по 0,25г 2-4 р/сутки
внутри в теч 1 месяца или в/в (в/м) 1
раз/сутки 5мл 10% р-ра 10-
20инъекций;
- *предуктал МВ* по 35 мг 2 раза в день
2-3 месяца.

СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

**Дезагрегантной и антианги-
нальной целью** – *дипиридамо*
(курантил) по 25мг 3р/сутки.

- **При хорее** применяют *транквилизаторы* (диазепам в дозе 0,01 г/сутки),
- *нейролептики* (аминазин в дозе 0,01г/сутки, *противосудорожные препараты* (карбамазепин 0,6 г/сутки)

СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

При сердечной недостаточности

на фоне выраженного кардита терапевтический эффект оказывают высокие дозы *преднизолона* (40-60 мг/сутки),

при застойной сердечной недостаточности и без явных признаков кардита назначение ГК совершенно не оправдано из-за усугубления миокардиодистрофии.

При сердечной недостаточности

- **Диуретики:**
- **петлевые** — фуросемид; тиазидные и тиазидоподобные - гидрохлортиазид, индапамид;
- **калийсберегающие** - спиронолактон, триамтерен.
- **Блокаторы кальциевых каналов** из группы дигидропиридинов длительного действия (амлодипин).

- **В-Адрениоблокаторы** (карведилол, метопролол, бисопролол).
- **сердечные гликозиды** (дигоксин),
- **ИАПФ** (учитывать, что совместное применение НПВС и ИАПФ ослабляет действие последних).
- **Седативные средства** (корвалол, валокордин, пустырник, валериана).
- Дозы и схемы применения вышеуказанных ЛС аналогичны таковым при лечении застойной сердечной недостаточности иной этиологии.

При сердечной недостаточности

- Дозы и схемы применения вышеуказанных ЛС аналогичны таковым при лечении застойной сердечной недостаточности иной этиологии.

Хирургическое лечение

- Характер оперативного вмешательства определяют на основании клапанных изменений и состояния больного (пластика клапанов, протезирование клапанов).

Факторы риска повторных атак ОРЛ

- Возраст больного
- Наличие хронической ревматической болезни сердца
- Время от момента первой атаки ОРЛ
- Число предыдущих атак
- Фактор скученности в семье
- Семейный анамнез, отягощенный по ОРЛ или хронической ревматической болезни сердца

Факторы риска повторных атак ОРЛ

- Социально-экономический и образовательный статус больного
- Риск стрептококковой инфекции в регионе
- Профессия и место работы больного (школьные учителя, врачи, лица, работающие в условиях скученности)

ПРОФИЛАКТИКА ПЕРВИЧНАЯ

- **Основа первичной профилактики** — антимикробная терапия острой и хронической рецидивирующей БГСА — инфекции верхних дыхательных путей (тонзиллит и фарингит).

АНТИМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО БГСА-ТОНЗИЛЛИТА/ФАРИНГИТА

- Лекарственные средства первого ряда - В-лактамы антибиотики
- Бензатинабензилпенициллин в/м однократно 2,4 млн ЕД. Бензатинабензилпенициллин в/м целесообразно назначать при сомнительной комплаентности (исполнительности) пациента в отношении перорального приёма антибиотиков, наличии ОРЛ в анамнезе у больного или ближайших родственников, неблагоприятных социально-бытовых условиях, вспышках БГСА-инфекции в интернатах, училищах, воинских частях и т.п.

АНТИМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО БГСА-ТОНЗИЛЛИТА/ФАРИНГИТА

- **Амоксициллин** внутрь в течение 10 дней взрослым по 0,5 г 3 раза в сутки
- **Феноксиметилпенициллин** внутрь за 1 ч до еды в течение 10 дней взрослым по 0,5 г 3 раза в сутки
- Цефадроксил внутрь в течение 10 дней по 0,5 г 2 раза в сутки.

Альтернативные ЛС (при непереносимости β -лактамовых антибиотиков)

- **Азитромицин** внутрь за 1 ч до еды в течение 5 дней взрослым 0,5 г однократно в 1 -е сутки, затем по 0,25 г в сутки в течение последующих 4 дней
- **Кларитромицин** внутрь в течение 10 дней по 0,25 г 2 раза в сутки
- **Мидекамицин** внутрь за 1 ч до еды в течение 10 дней взрослым по 0,4 г 3 раза в сутки

Альтернативные ЛС (при непереносимости β -лактамных антибиотиков)

- **Рокситромицин** внутрь за 1 ч до еды в течение 10 дней взрослым 0,15 г 2 раза в сутки
- **Спирамицин** внутрь в течение 10 дней взрослым 3 млн МЕ 2 раза в сутки
- **Эритромицин** внутрь за 1 ч до еды в течение 10 дней взрослым по 0,5 г 3

Препараты резерва (при непереносимости β -лактамов и макролидов)

- **Линкомицин** внутрь за 1 -2 ч до еды в течение 10 дней по 0,5 г 3 раза в день
- **Клиндамицин** внутрь (запивать стаканом воды) в течение 10 дней по 0,15 г 4 раза в день

АНТИМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БГСА-ТОНЗИЛЛИТА/ФАРИНГИТА

- **Лекарственные средства первого ряда**
- *Амоксициллин/клавулоновая кислота*
внутри в течение 10 дней взрослым 0,625 г
3 раза в сутки
- *Цефуроксим* внутри (сразу после еды) в
течение 10 дней взрослым по 0,25 г 2 раза
в сутки
- *Цификсим* внутри 400 мг капсулы 1 раз в
день в течение 7-10 дней

АНТИМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БГСА-ТОНЗИЛИТА/ФАРИНГИТА

Препараты резерва

(при непереносимости β -лактамовых антибиотиков)

- **Линкомицин** внутрь за 1 —2 ч до еды в течение 10 дней взрослым по 0,5 г 3 раза в день
- **Клиндамицин** внутрь (запивать стаканом воды) в течение 10 дней взрослым по 0,15 г 4 раза в день

ПРОФИЛАКТИКА ВТОРИЧНАЯ

- Цель – предупреждение повторных атак и прогрессирования ревматизма.
- Вторичную профилактику начинают еще в стационаре сразу после окончания этиотропной антистрептококковой терапии.

Вторичная профилактика длительность

- для больных, перенесших ОРЛ без кардита (артрит, хорея) – не менее 5 лет после атаки или до 18-летнего возраста по (принципу «что дольше»)
- для больных с излеченным кардитом без порока сердца – не менее 10 лет после последней атаки или до достижения 25 лет
- (принципу «что дольше»)
- для больных со сформированным пороком сердца (в т.ч. оперированным) – **пожизненно.**

Вторичная профилактика длительность

- У беременных, перенесших ОРЛ, проводящаяся вторичная профилактика не отменяется. Но если к моменту беременности профилактика была уже прекращена, то ее возобновляют с 12-14 нед.срока беременности и проводят до родов.

Вторичная профилактика

Из отечественных ЛС рекомендуется

бициллин-1, который назначают в вышеуказанных дозах 1 раз в 7 дней.

- ♦ В настоящее время **бициллин-5** (смесь 1,2 млн ЕД бензатинабензил-пенициллина и 300 тыс. ЕД бензилпенициллинпрокаина) **рассматривается как не соответствующий фармакокинетическим требованиям, предъявляемым к превентивным препаратам, и не является приемлемым для проведения полноценной вторичной профилактики ОРЛ.**

Вторичная профилактика

- **Все больные с РПС входят в категорию умеренного риска** развития инфекционного эндокардита.
- Этим пациентам при выполнении различных медицинских манипуляций, сопровождающихся бактериемией (экстракция зуба, тонзиллэктомия, аденотомия, операции на желчных путях или кишечнике, вмешательства на предстательной железе и т.д.), необходимо **профилактическое назначение антибиотиков.**

Вторичная профилактика

- **При манипуляциях на полости рта, пищеводе, дыхательных путях**
- ♦Стандартная схема - взрослым внутрь за 1 ч до процедуры **амоксициллин 2 г**
- ♦При невозможности приёма внутрь - взрослым в/в или в/м за 30 мин до процедуры **ампициллин 2 г**
- ♦При аллергии к пенициллину - внутрь за 1 ч до процедуры **клиндамицин 600 мг**, или **цефалексин 2 г**, или **цефадроксил 2 г**, или **азитромицин 500 мг**, или **кларитромицин 500 мг**

Вторичная профилактика

- При аллергии к пенициллину и невозможности приёма внутрь за 30 мин до процедуры *клиндамицин* в/в 600 мг или *цефазолин* в/м или в/в 1 г .

Вторичная профилактика

- При манипуляциях на желудочно-кишечном или урогенитальном трактах
- ♦Стандартная схема - *амоксициллин 2 г* внутрь за 1 ч до процедуры или *ампициллин 2 г* в/м или в/в за 30 мин до процедуры
- ♦При аллергии к пенициллину *ванкомицин 1 г* в/в в течение 1 — 2 ч, введение закончить за 30 мин до процедуры.

Ведение больных

- По окончании этиотропного лечения начинается этап вторичной профилактики. *Все больные, перенесшие ОРЛ, подлежат диспансерному наблюдению в поликлинике.*
- *Необходим, как минимум, ежегодный контроль показателей воспалительной активности, выраженности клапанной патологии сердца и состояния гемодинамики.*

Детский санаторий «Салют» РБ



Заключение

- 1.. Проблема ОРЛ и ХРБС не утратила общемедицинского значения.
- 2. Необходимо постоянно напоминать врачам, особенно молодым, что заболевание не исчезло.
- 3. По-прежнему остается актуальной тактика контроля стрептококковой инфекции, невнимание к которой может привести к повторным вспышкам заболевания в любом регионе, включая и Россию

Заключение

- В целом - это проблема, которую ни в коем случае нельзя забывать.

• *В.А.Насонова*

Благодарим за внимание !

