

# ревматическая лихорадка

Выполнила студентка  
лечебного отделения

Группа ЛД 401-1

Васильева Анжелика Александровна

# Содержание

- Определение ОРЛ
- Эпидемиология
- Этиология
- Патогенез
- Классификация
- Клиника
- Диагностика
- Дифференциальный диагноз
- Лечение

# Острая ревматическая лихорадка

- Это постинфекционное осложнение тонзиллита, фарингита, вызванных  $\beta$ -гемолитическим стрептококком группы А, проявляющегося в виде системного воспалительного заболевания соединительной ткани, преимущественным поражением сердечно-сосудистой системы в виде кардита, суставов (полиартрита), головного мозга (хорея), кожи (кольцевидная эритема, ревматические узелки).
- ОРЛ развивается у молодых лиц, в детском возрасте чаще всего от 7-15 лет и связана с аутоиммунным ответом организма из-за перекрестной реактивности между АГ стрептококка и АТ пораженных тканей человека.
- Так называемый феномен молекулярной мимикрии.

# Эпидемиология

- В Российской Федерации заболеваемость
- 2,7 на 100000 населения ОРЛ
- 9,7 на 100000 населения- хронической ревматической болезни
  
- в том числе ревматический порок сердца 66,7 на 100000 населения и хронические ревматические болезни сердца 28 на 100000 населения детского и 226 на 100.000 взрослого населения
  
- полового различия или полиморфизма не прослеживается одинаково как мужчин так и у женщин.

# ЭТИОЛОГИЯ

- Обычно развивается через 2-4 недели после перенесенной ангины или фарингита вызванных высоко контагиозными штаммами  $\beta$ - гемолитического стрептококка группы А.
- таких штаммов 4:
- М5, М3, М18, М24
- М- белок- это специфический белок входящий в состав клеточной стенки стрептококка. Содержит антигенные признаки имеющие сходство с компонентами сердечной мышцы мозга и синовиальных оболочек.
- Поэтому генетическая исходной структуры этого гена как раз способствует генетической предрасположенности к ревматизму.
- Генетические факторы играют значительную роль так например есть ревматические семьи где все члены семьи кровные родственники поражены ревматическими процессами у них у всех 100% случаев в крови обнаруживается специфический алло антиген 883.
- У здоровых семей этот антиген встречается только в 15% случаев.
- Этот показатель подтверждает роль генетические наследственных факторов в развитии ревматического процесса.

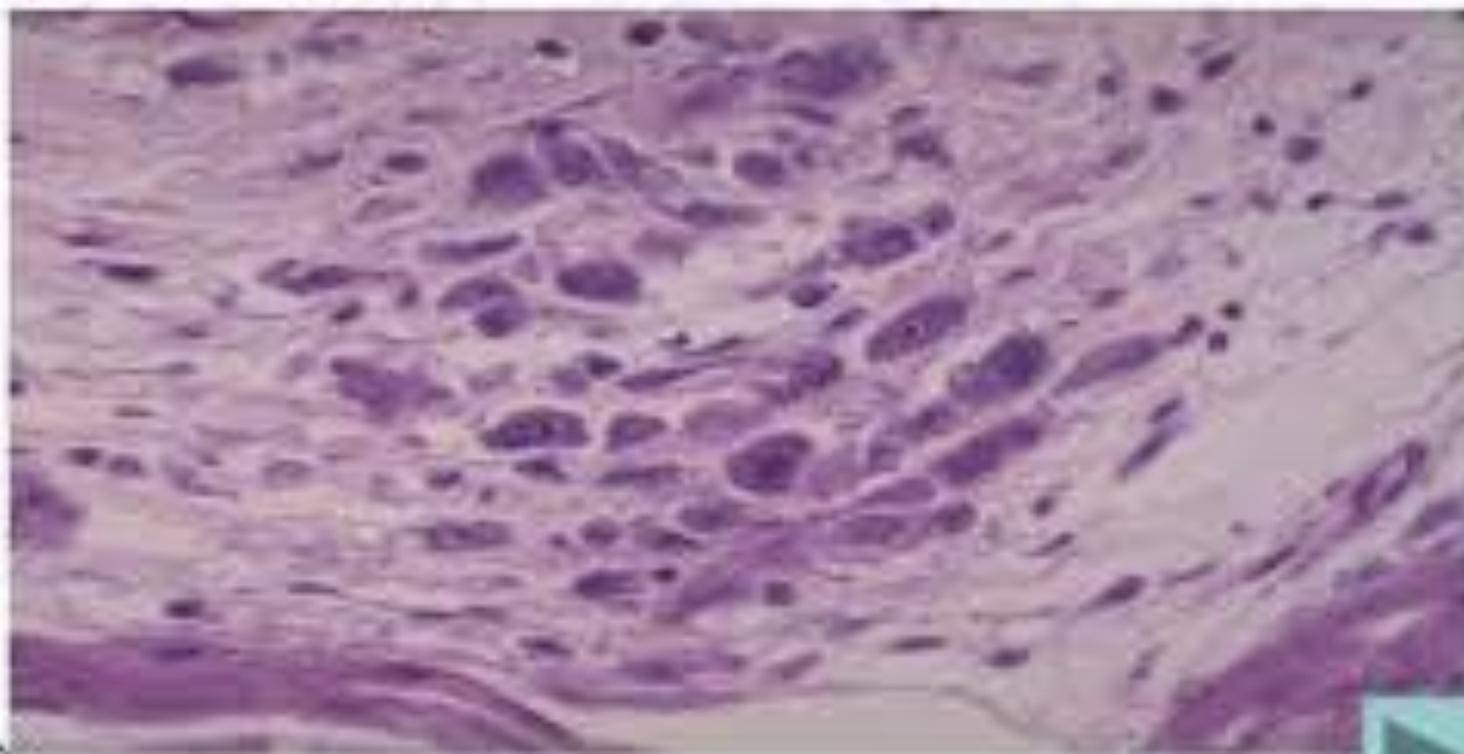
# Патогенез

- развитие ОРЛ определяется двумя основными механизмами:
- 1. Прямое токсическое действие ферментов стрептококка. На начальных стадиях заболевания в развитии основных клинических проявлений ОРЛ большая роль принадлежит повреждающему действию продуктов жизнедеятельности и стрептококка на клеточные мембраны, сосудистую проницаемость и т.д. с развитием неспецифического воспаления.
- 2. Иммунный ответ на антиген стрептококка.
- По ходу заболевания развивается гипериммунный ответ на БСГА, синонимами которого является аутоиммунный процесс, аутоагрессия.
- Именно с аутоагрессией связано последующая хронизации процесса и все многообразие клинических проявлений ХРБС.

# Патогенез

- По сути дела ОРЛ нарушение иммунного ответа следствие молекулярной мимикрии:
- во-первых, обнаружено сходство между групповым полисахаридом антигенам А и Гликопротеидами клапанов в сердца;
- во-вторых между антигеном М-протеином клеточной стенки стрептококка и сарколеммой и другими структурами кардиомиоцита.
- 
- Таким образом, аутоагрессия у больных острой ревматической лихорадкой возникает на почве общности антигенов стрептококка и миокарда, в результате появляются антистрептококковые антитела, перекрестно реагирующие с антигенами сердца.
- Другими словами, противострептококковые антитела являются одновременно и антикардиальными. Тем самым включается иммунопатологический процесс, обуславливающий асептическое иммунное воспаление преимущественно сердечно-сосудистой системы.
- Стадии патологического процесса.
- 1. Стадия мукоидного набухания. На этой стадии можно вылечить пациента и спасти его от инвалидизации.
- 2. Стадия фибриноидного некроза это необратимое фаза.
- 3. Стадия пролиферативных реакций или стадия образования гранулема Ашоффа-Талалаева.

## **Ашофф-талалаевские узелки - ревматическая гранулема**



# Классификация

**Таблица 44-1.** Классификация острой ревматической лихорадки и хронической ревматической болезни сердца

<b>Классифицирующий признак</b>	<b>Формы</b>
Клинические формы	Острая ревматическая лихорадка. Повторная ревматическая лихорадка
Клинические проявления	Основные: кардит, артрит, хорея, кольцевидная эритема, ревматические узелки. Дополнительные: лихорадка, артралгия, абдоминальный синдром, серозиты
Исходы	Выздоровление Хроническая ревматическая болезнь сердца: – с пороком сердца; – без порока сердца
Недостаточность кровообращения	По классификации Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко (стадии 0, I, IIА, IIБ, III). По классификации NYHA, см. главу «Сердечная недостаточность» (функциональные классы 0, I, II, III, IV)

# Клиника

- Клиническая картина тесно связана с возрастом больного -чем моложе возраст тем заболевание развивается ярче и бурно.
- Через 2 недели после перенесенной ангины внезапно повышается температура тела появляется ассиметричные мигрирующие боли в крупных суставах чаще всего в коленных.
- И появляются признаки кардита (это поражение сердечной мышцы субстрат этого поражения является воспаление) в виде боли в грудной клетке одышка сердцебиение и т.д.
- У части заболевших наблюдаются малосимптомное течение с преобладанием артрита и кардита, реже всего хореи.
- Более острый по типу вспышки развивается у солдат новобранцев.
- Для подростков и молодых людей после стекания клинических проявлений ангины более характерно постепенное начало субфебрильной температуры 37-38 градусов, артралгии крупных суставов или только умеренных признаков кардита в виде сердечной недостаточности левого желудочка.
- Повторная атака ОРЛ также связана с перенесенной инфекцией стрептококковой этиологии, обычно проявляется развитием кардита.

# Клиника

- **Артрит**-это следующее проявление
- артрит проявляется в крупных суставах и называется мигрирующий полиартрит. Примерно 60- 100% первой атаки острой ревматической лихорадки.
- Боли очень выражены. Даже иногда приводит к неподвижности человека. Одновременно с болями отмечается припухлость суставов за счёт синовита, выражение околосуставных тканей, иногда покраснение кожных покровов над суставами.
- Чаще поражаются крупные суставы: коленные, голеностопные, лучезапястные, локтевые.
- Есть особенность поражаются суставы несимметрично, то есть несимметричные суставы.
- Преобладающая форма в современных условиях это переходящий олигоартрит или моноартрит.
- 
- Характерные особенности ревматического артрита это мигрирующий характер ремо- значит перебираю.
- То есть от 1 до 5 дней болит один сустав. Потом болит другой сустав. То есть когда переходит из одного сустава в другой. И быстрое полное выздоровление суставов без анкилозов, деформаций и т.д. Нарушение функции суставов не развивается.



# Клиника

- Кардит.
- Кардит дефицита 90-95% случаев острой ревматической лихорадки сопровождается кордитом.
- Кардит определяет тяжесть течения, исход заболевания, и прогноз заболевания.
- Основопологающим компонентом кардита считают вальвулит (это воспаление одного или нескольких клапанов, особенно клапана в сердца) преимущественно митрального клапана, реже аортального клапана.
- Который может сочетаться с поражением перикарда, миокарда (эндокардит перикардит миокардит).

# Клиника

- Симптомы ревматического вальвулита:
- 1. Дующий систолический шум на верхушке, связанные с первым тоном примитральной регургитации- это недостаточность митрального клапана.
- 2. Непостоянный низкочастотный мезодиастолический шум в области выслушивания митрального клапана (или верхушки сердца) ( между левым предсердием и левым желудочком).
- 3. Высокочастотный убывающий протодиастолический шум, выслушиваемый вдоль левого края грудины-это проекция аортального клапана это признак аортальной регургитации. (аортальной недостаточности это неполное закрытие аортального клапана приводящие оттоку крови из аорты в левый желудочек во время диастолы).
- В патологический процесс могут вовлекаться миокард, перикард с развитием тахикардии, расширения границ сердечной тупости и проводимости.
- Однако изолированное поражение сердца по типу миоперикардита при отсутствии вальвулита.
- Это против ревматической лихорадки. В этом случае надо искать другую этиологию, другую природу поражения мышцы сердца.
- На фоне ярко выраженного артрита или малой хореи клинические симптомы кардита и острой ревматической лихорадки могут быть выражены слабо. Связи с этим возрастает диагностическое значение эхокардиограммы, используемой в доплеровском режиме.
- В подавляющем большинстве случаев на фоне лечения происходит нормализация частоты сердечных сокращений, восстановление звучности тона. Шумовая симптоматика постепенно проходит.
- Систолический и диастолический шум и теряет свою звучность и прекращаются.
-

# Клиника

- **Хорея**- это ревматическое поражение.
- это - патологический процесс различных структур мозга. (полосатое тело, субталамические ядра, мозжечок), примерно от 6 - 30% случаев развивается хорея.
- Преимущественно у детей.
- Во время сна все эти изменения полностью проходит прежде всего: гиперкинезы мимических мышц;
- нарушение почерка;
- невнятность речи;
- неловкость движений;
- мышечная гипотония;
- расстройство координации и статики;
- сосудистая дистония.

# Клиника

- Кольцевая эритема или поражение кожи.
- Это бледно-розовые кольцевые высыпания на туловище и проксимальных отделах конечностей размером от 5 до 10 см в диаметре ,они не зудят, на коже не выступают и они безболезненны.



# Клиника

- Ревматические узелки от одного до 3% случаев.
- Это грубые, плотные, малоподвижные, безболезненные образования различных размеров. Они обычно расположены на разгибательных поверхностях суставов в области лодыжек, пяточных сухожилий, остистых отростков позвонков, затылочной области.



# Диагностика

- Диагностика представляет большие проблемы поскольку основные клинические проявления заболевания за исключением кольцевидной эритемы и ревматических узелков развивается редко.
- Это связано во-первых с полиморфизмом клинической картины заболевания и во-вторых необходимостью дифференцировать ревматизм с рядом сходных по симптоматике заболеваниями, в частности, кардитах другой этиологии.
- Известно, что ревматология не имеет в своем распоряжении ни одного специфического теста для диагностики ревматизма. Поэтому используется синдромный метод оценки данных, получаемых при обследовании больного. Указанный принцип был положен в основу известным отечественным педиатром Киселёвым 1940 году при разработке диагностические критерии ревматизма.

# Диагностический критерий

Таблица 44-2. Критерии диагностики ревматической лихорадки

Большие проявления	Малые проявления	Данные, указывающие на предшествующую инфекцию, вызванную стрептококками группы А
Кардит Полиартрит Хорея Кольцевидная эритема Подкожные узелки	<b>Клинические симптомы</b> Артралгия Лихорадка <b>Лабораторные изменения</b> Увеличение СОЭ Повышение концентрации СРБ <b>Инструментальные данные</b> Удлинение интервала P-Q(R) Признаки митральной и/или аортальной регургитации при ЭхоКГ в доплеровском режиме	Положительные посевы с миндалин на $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А Повышенные (или повышающиеся) титры противострептококковых АТ

**Примечание.** Наличие двух больших критериев или одного большого и двух малых в сочетании с данными, подтверждающими предшествующую инфекцию, вызванную стрептококками группы А, свидетельствует о высокой вероятности острой ревматической лихорадки.

# Дифференциальный диагноз.

- Прежде всего надо дифференцировать с вирусными инфекциями например вирус Коксаки вызывает миокардит и инфекционный эндокардит.
- В первую очередь необходимо исключить инфекционный эндокардит в отличие от ОРЛ, при инфекционном эндокардите лихорадочный синдром особенно в молодом возрасте никогда не купируются полностью при назначении НПВП.
- Для инфекционного эндокардита характерны прогрессирующая слабость, анорексии, быстрая потеря массы тела, гепатоспленомегалии, прогрессирующая деструктивные изменения клапана и симптомы застойной сердечной недостаточности.
- 
- Параклинически обнаруживается прогрессирующая анемия, выраженный и стойкий сдвиг лейкоцитарной формулы влево, гипергаммаглобулинемия и позитивная гемокультура.
- 
- Диагноз подтверждают результаты эхокардиограмма: обнаружении вегетации на клапанах и хордах, перфорации створок клапанов, разрыв хорд, миокардиальных абсцессов.
- Ревматический полиартрит надо дифференцировать. это реактивный полиартрит особенно после перестройки урогенитальные инфекции и другие инфекции.
- Особенность реактивного полиартрита в отличие от ревматического это наличие антигенов HLA-B27.
- Если этот тест положительный то это не острая ревматическая лихорадка , а это реактивный артрит.

# Лечение

- Всем пациентам показана госпитализация с соблюдением постельного режима в течение 2-3 недель болезни.
- В пищевой рацион включается достаточное количество белков и ограничение поваренной соли.
- **Этиотропная терапия:**
- это прежде всего ратификация  $\beta$ -гемолитического стрептококка группы А из глотки.
- Назначаются препарат бензилпенициллин в суточной дозе
- от 1,5 до 4 млн ЕД для подростков и взрослых.
- От 400000 до 600000 ЕД у детей.
- В течении 10 дней с последующим переходом на применение дюрантной формы препарата бензатин бензилпенициллин.

# Лечение

- **Патогенетическая терапия:**
- лечение острой ревматической лихорадки включаются две группы лекарственного препарата это глюкокортикостероиды и неспецифические противовоспалительные средства.
- Прежде всего это преднизолон, ранее применяемый достаточно широко. В настоящее время используется преимущественно в детской кардиоревматологии.
- У взрослых применяется редко. Особенно при выраженной в кардите и полисерозитах.
- Наличие полисерозита при кардите это признак особой остроты процесса. Препарат назначают по 20-30 мг в сутки это -Преднизолон до достижения терапевтического эффекта. Как правило это в течении двух недель.
- А в дальнейшем после появления терапевтического эффекта дозу снижают на 2,5 мг каждые 5-7 дней и потом полностью отменяют препарат.
- При лечении острой ревматической лихорадки преимущественно мигрирующие полиартриты или хореи, также повторной атаке заболевания на фоне хронических ревматических болезней сердца назначают НПВС- это Диклофенак в дозе от 100 до 150 мг в сутки в течение 2 месяцев.
- Этот препарат рассматривается в качестве средства выбора при лечении острой ревматической лихорадки у взрослых.

# Лечение

- Принимая во внимание то что назначение ГКС отражается на минеральном обмене ( это проявляется в остеопорозом и так далее)
- а также достаточно высокий уровень дистрофических процессов в миокарде после назначения его этих ГКС, особенно у больных повторной острой ревматической лихорадки на фоне хронических ревматических болезней назначают обычно или одновременно калий, магний,
- Аспарагинат от 3 до 6 таблеток в сутки в течение одного месяца
- Инозин в дозе 0,2- 0,4 гр 3 раза в сутки в течение одного месяца
- нандролон это метаболический анаболик в дозе 100 мг внутримышечно еженедельно
- на курс назначается 10 дней инъекций, то есть надо лечить 10 недель.

# Профилактика

- Предупреждение ОРЛ и повторных атак заболеваний включает первичную и вторичную профилактику.
- **Задачи первичной профилактики:**
- проведение комплекса санитарно-гигиенических мер, уменьшающих вероятность стрептококкового инфицирования коллективов, особенно детских.
- - Мероприятия направленные на повышение естественного иммунитета и адаптационных возможностей организма по отношению к неблагоприятным условиям внешней среды: раннее закаливание, полноценная витаминизированное питание, максимальное пребывание на свежем воздухе, рациональная физкультура и спорт, борьба с повышенной и скученностью в жилищах, детских дошкольных учреждений, школах, училищах, вузов, общественных учреждениях;
- проведение комплекса санитарно-гигиенических мер, уменьшающий вероятность стрептококкового инфицирование коллективов, особенно детских.
- - Своевременное и эффективное лечение острой и хронической рецидивирующей инфекции глотки, вызванной бета-гемолитическим стрептококком группы А: тонзиллита и фарингита.
- Антибиотики пенициллинового ряда являются средствами выбора при лечении острого ВСГА -тонзиллита.
- Амоксициллин назначают.
- При непереносимости бета лактамных антибиотиков показано назначение макролидов: Азитромицин и Кларитромицин.
-

# Профилактика

- **Вторичная профилактика** направлена на предупреждение повторных ревматических атак и прогрессирования заболевания, перенесших острую ревматическую лихорадку.
- Она предусматривает регулярную круглогодичные введение пеницилина пролонгированного действия бензатина бензилпенициллин (экстенциллин).
- Препарат вводят глубоко внутримышечно детям с массой тела до 27 кг в дозе 600000 ЕД 1 раз в 3 недели.
- Детям с массой тела более 27 кг доза 1200000 ЕД 1 раз в 3 недели.
- Подросткам и взрослым 2400000 ЕД 1 раз в 3 недели

**Спасибо за внимание**

