

Острая ревматическая
лихорадка.
Хроническая
ревматическая болезнь
сердца

Острая ревматическая лихорадка

- 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). [Насонова Е.А. и соавт., 2005]

Хроническая ревматическая болезнь сердца

— 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.

Аббревиатуры:

ОРЛ — острая ревматическая лихорадка;

РПС — ревматические пороки сердца;

БГСА — (β -гемолитический стрептококк группы А).

«Острый» и «хронический» ревматизм. В чем суть проблемы?

«Острый ревматизм» или острая ревматическая лихорадка

Особого типа, преходящий, стрептококковый сепсис с специфической патологической реакцией иммунной системы в ответ на присутствие стрептококкового антигена и токсинов

Преобладает
инфекционное начало

«Хронический ревматизм» или хроническая ревматическая болезнь сердца

Хроническое аутоиммунное воспаление клапанов и эндокарда которое было запущено стрептококковым антигеном

Преобладает
аутоиммунный компонент

Актуальность

Не являясь массовым заболеванием, ревматизм тем не менее представляет серьезную проблему кардиоревматологии в связи с нередким формированием пороков сердца, развитием временной и стойкой нетрудоспособности.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Первичная заболеваемость 0,027/1000 населения.
- Распространённость — 0,45/1000 детского и 2,6/1000 взрослого населения.
- Преимущественный возраст поражаемых — 7—15 лет.

Актуальность проблемы:

- Возрождение высоковирулентной А стрептококковой инфекции
- Проблемы терапии тонзиллитов, вызванных бета-гемолитическим стрептококком (резистентность к пенициллину от 25 до 38%).
- Молодой, наиболее трудоспособный контингент подвергается заболеванию.
- Длительное, рецидивирующее заболевание, требующего постоянного лечения и наблюдения.
- Тяжесть поражения жизненно важных органов.

Особенности современного ревматизма:

- Смещение первичной заболеваемости на более старший возраст.
- Отмечается редкость тяжелого течения ревматического кардита, в связи с утратой присущего ранее выраженного экссудативного характера, т.е., снизилась острота течения заболевания.
- Возросла частота подострого дебюта или латентного течения с умеренной и минимальной степенью активности, слабовыраженными клиническими проявлениями.

Особенности современного ревматизма:

- Уменьшение в несколько раз повторных атак болезни
- Тенденция к переходу заболевания в моносиндромные формы, учащение малосимптомных и латентных вариантов течения.
- Медленный темп формирования порока.
- Стойкая компенсация на протяжении ряда лет.

Этиология

β-гемолитический стрептококк группы А

- Несмотря на доказанную этиологическую роль стрептококка, само заболевание не является инфекционным. Высеять возбудитель не удалось ни разу.
- Стрептококк играет роль пускового механизма, источника антигенемии.
- Заболевание РЛ рассматривается как результат взаимодействия возбудителя стрептококка группы А, условий окружающей среды и наследственной и приобретенной предрасположенности.

Этиология. Варианты взаимодействия микро- и макроорганизма

Микроорганизм

Макроорганизм

1

*Мирное
сосуществование*

2

*Развитие негнойного
осложнения (ревматизм,
гломерулонефрит)*

3

*Развитие острой
инфекции (ангина,
скарлатина, розжа,
пиелонефрит,
фарингит) с
последующим
выздоровлением.*

Бета-гемолитический стрептококк группы А, *S.pyogenes*



Встречается повсеместно.
Колонизирует кожу и слизистые.
Основной путь передачи -
воздушно-капельный

Патогенность БГСА обусловлена продукцией токсинов -
гемолизин, стрептолизин, стрептокиназа, гиалуронидаза

Поверхностные
Тонзиллофарингит
Импетиго
Рожа

Инвазивные
Некротизирующий
фасциит
Миозит
Менингит
Эндокардит
Пневмония
Послеродовой
сепсис

**Токсин-
опосредованные**
Скарлатина
Синдром
токсического шока
PANDAS-синдром

Вековые колебания ревматогенности бета-гемолитического стрептококка



1-й пик, 30-е годы XX века. Больничная летальность от острого ревматизма – 40%. Частота формирования пороков – 50-75%. В этот период клапанные пороки -- основная причина хронической сердечной недостаточности



2-й пик, конец 40-х.

60-70-е годы – госпитальная летальность 2%, частота формирования пороков – 15-30%.

Патогенез

- Предшествующая **острая или хроническая носоглоточная инфекция, вызванная бета-гемолитическим стрептококком группы А.**
- Гипериммунный ответ на различные антигены стрептококка с формированием антител – антистрептолизина О (АСЛ-О), антистрептогиалуронидазы (АСГ), антидезоксирибонуклеазы и др.
- Повреждающее воздействие компонентов стрептококка, его токсинов на организм с развитием иммунного воспаления.
- **молекулярная мимикрия (появление противострептококковых антител, перекрестно реагирующих с тканями сердца).**

Стрептококковый тонзиллофарингит (ангина)



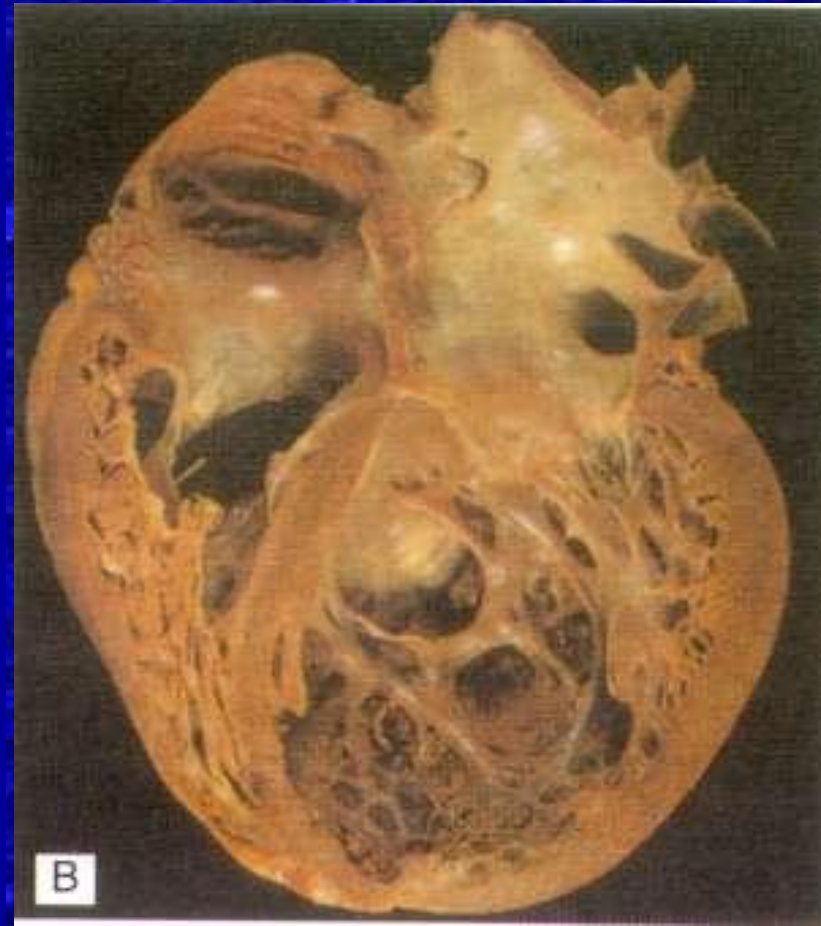
Ранние (гнойные) осложнения, 4-6 день.
Отит, синусит, мастоидит, паратонзиллярный абсцесс, шейный лимфаденит, менингит, бактериемия, эндокардит, пневмония



Поздние (негнойные) осложнения, 10-20 день.
Острый гломерулонефрит, токсический шок,
Острая ревматическая лихорадка

Патанатомия

- Очаговое продуктивное воспаление вокруг мелких сосудов.
- Панкардит.
- Миокардиальные гранулемы, ашоффские тельца.
- Набухание и фрагментация коллагена, альтерация соединительной ткани.
- Фиброзное утолщение и спайки створок клапанов и хондральных нитей => образование порока различной тяжести.



- Наиболее часто поражается митральный клапан, затем аортальные, сравнительно редко – трехстворчатый и клапаны легочной артерии.
- Ревматический полиартрит характеризуется экссудативным воспалением, при котором не наблюдается остаточных проявлений.

«Ревматизм лижет суставы и кусает сердце»

- Подкожные узелки возникают только в острой фазе и характеризуются образованием гранулем и фибриноидного некроза подкожного коллагена.

- Хорея - в спинномозговой жидкости обнаруживается повышенное количество белка.
- Поражение серозных оболочек: перикардит, ревматический плеврит, как правило, сухой фибринозный, пневмонит, синовит.
- В сердце –преимущественно продуктивное воспаление, что и приводит к остаточной деформации, в остальных органах - экссудативное.

Когда заканчивается острое воспаление, и больной выздоравливает от этой острой РЛ, он получает тяжелое «наследство» в виде формирующегося порока сердца.

Клинические проявления ревматизма

Первые симптомы появляются через 2-3- недели после перенесенного стрептококкового заболевания (ангина, фарингит, розжа и т.д.).

Клиническая картина очень разнообразна и во многом определяется локализацией процесса:

- 1. Кардит (эндо, мио, пери).*
- 2. Ревматический полиартрит.*
- 3. Ревматическая хорея Сиденгама.*
- 4. Подкожные ревматические узелки.*
- 5. Кольцевидная эритема.*
- 6. Лихорадка*

Основные *симптомы ревматизма*

Неврологический аппарат

Воспаление головного и
костного мозга

Сердечно-сосудистая система

Воспаление
сердечной мышцы

Системные симптомы

Головная боль
Лихорадка
Усталость
Боли

Ротоглотка

Боль в горле
Опухшие миндалины
Сухость в ротовой полости
Носовое кровотечение

Опорно-двигательный

Артрит

Кожа

Эритема, узелки



Клинические проявления ревматизма

1. Кардит

- ▶ перикардит
- ▶ эндокардит
- ▶ миокардит
 - очаговый
 - диффузный
- ▶ коронарит

ревмокардит - суммарный диагноз поражения практически всех оболочек сердца, но чаще под ним подразумевается поражение эндокарда и миокарда

При первичном ревмокардите порок формируется у 10% больных, после второй атаки у 40%, после третьей - у 90%.

ДИФФУЗНЫЙ МИОКАРДИТ

Чаще диффузный миокардит возникает в детском возрасте. У взрослых практически не встречается

Характерны ранние признаки сердечной недостаточности. Рано появляется выраженная одышка, сердцебиение, отеки, боль в сердце, перебои.

Изменения на ЭКГ:

- 1. Снижение вольтажа всех зубцов - снижение зубца P, уменьшение QRS, снижение сегмента ST, зубца T,*
- 2. Изменение желудочковых комплексов.*
- 3. Могут встречаться признаки нарушения ритма (экстрасистолия), атриовентрикулярная блокада.*

ДИФФУЗНЫЙ МИОКАРДИТ

Клиника:

Лихорадка, тахикардия, причем пульс опережает уровень температуры.

Характерен "бледный цианоз".

Выраженная одышка, положение ортопноэ.

Экстрасистолия.

Набухание шейных вен.

Увеличение границ сердца, особенно влево.

Тоны сердца глухие. I тон ослаблен, часто протодиастолический ритм галопа (дополнительный III тон).

Отчетливые, но мягкие миокардиальные систолические шумы (поражаются сосочковые мышцы) - мышечная недостаточность клапанов; второй механизм - из-за резкой дилатации полостей сердца возникает шум относительной клапанной недостаточности.

Очаговый миокардит

Патологический процесс часто локализуется на задней стенке левого предсердия или в области задней левой папиллярной мышцы.

Клиника: скудная, стертая - легкая одышка при нагрузках, слабые боли или неприятные ощущения в области сердца.

Часто единственный симптом - систолический шум (при поражениях папиллярной мышцы).

Изменения на ЭКГ:

- 1. АВ блокада и удлинение интервала PQ,*
- 2. низкий и отрицательный зубец T.*
- 3. уширение или зазубренность зубца P и комплекса QRS*


Эндокардит

Может быть в 2-х вариантах:

- Сразу возникает тяжелый вальвулит в 10% случаев. Вариант редкий, и порок формируется сразу.
- Бородавчатый эндокардит - встречается чаще. Имеет место субэндокардиальное поражение с формированием бородавок по краю створок.
- Клинические проявления очень скудные: диастолический шум при стенозе, реже систолический при недостаточности, Шум четкий, нередко грубый или даже музыкальный при недостаточной звучности тонов сердца (то есть нет признаков поражения миокарда).

Перикардит

Встречается редко. Часто является признаком поражения всех трех слоев сердца – панкардита.



Сухой
перикардит
проявляется
постоянными
болями в
области сердца,
шумом трения
перикарда,
чаще вдоль
левого края
грудины.

Экссудативный перикардит характеризуется накоплением в полости перикарда серозно-фибринозного экссудата.

Клиника: уменьшение или прекращение болей; нарастающая одышка, усиливающаяся в положении лежа; верхушечный толчок ослаблен или не определяется; сглажены межреберные промежутки; значительное увеличение границ сердца; глухие тоны сердца в связи с наличием выпота; признаки повышенного венозного давления: набухание шейных, иногда и периферических вен; АД часто понижено

Перикардит

Изменения на ЭКГ- в начале заболевания на характерно смещение сегмента ST выше изолинии во всех отведениях, затем появляются двухфазные или отрицательные зубцы T, а сегмент ST возвращается к изолинии.

В дальнейшем, по мере развития заболевания происходит снижение вольтажа зубцов во всех отведениях.

Коронарит

Поражение коронарных артерий - ревматический коронарит

Клиника - симптомы стенокардии с болями за грудиной, иногда возможен инфаркт миокарда.

2. Полиартрит – множественное поражение суставов

- ▣ 30% - первичная атака ревматизма, но в последнее время стал встречаться редко.
- ▣ в классической форме чаще наблюдается у детей.
- ▣ у взрослых- по типу рецидивирующей артралгии.

Характеристики:

- доброкачественность
- острое начало
- кратковременность (2-3 дня)
- летучесть
- симметричное поражение крупных суставов
- быстрый ответ на противовоспалительную терапию



Полиартрит – особенности течения у лиц пожилого возраста

У людей пожилого возраста чаще наблюдается атипичное течение –

- поражаются преимущественно мелкие межфаланговые суставы,
- изредка поражается только один сустав (ревматический моноартрит);
- может наблюдаться артралгия в качестве моносимптома, то есть без дальнейшего присоединения красноты и отечности суставов.
- может отсутствовать и характерная летучесть процесса, процесс может нарастать медленно.
- очень редко наблюдается ревматический миозит в зоне пораженного сустава.

3. Хорея Сиденгама

Клинический симптом, проявляющийся сочетанием эмоциональной лабильности с мышечной гипотонией и насильственными вычурными движениями туловища, конечностей и мимической мускулатуры.

- **Детский возраст (редко у подростков) чаще у девочек.**
- **Ведущий синдром - хореические гиперкинезы**
- **Вовлеченность дистальных отделов конечностей**
- **Вовлечение мимической мускулатуры**
- **Расстройства координации, психики, вегетативные нарушения**
- **Возможен длительный латентный период после фарингита.**
Длительность атаки ОРЛ в виде хореи - 3-6 месяцев.



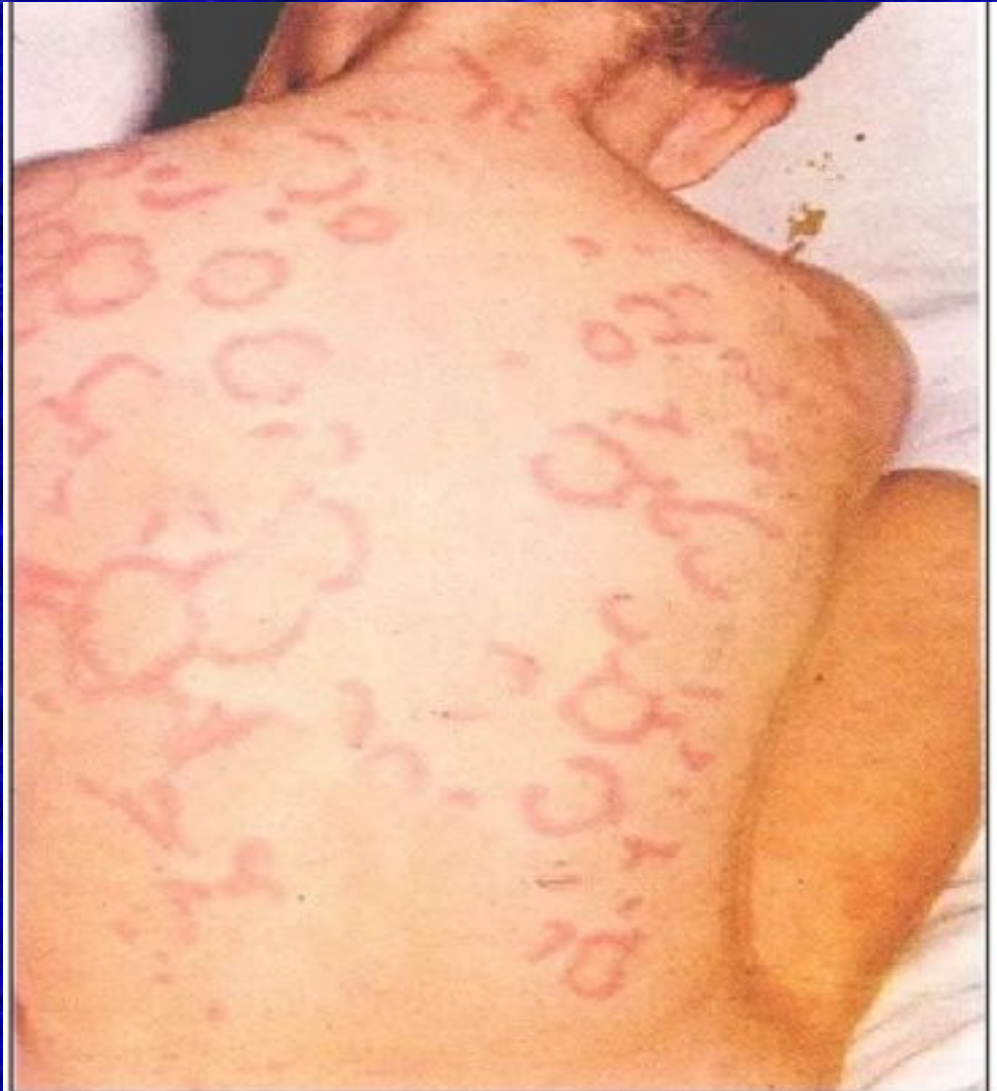
Пентада синдромов:

1. хореические гиперкинезы
2. мышечная гипотония вплоть до дряблости мышц с имитацией параличей
3. статокординационные нарушения
4. сосудистая дистония
5. психопатологические явления.

4. Кольцевидная эритема

Серпингиозная, плоская, безболезненная сыпь, носит преходящий характер, иногда длится менее суток.

- У детей (до 4%) Достаточно редкий симптом.*
- Бледно-розовые, кольцевидные, разного диаметра высыпания на туловище и проксимальных отделах конечностей.*
- На лице не бывает.*
- Высыпания носят транзиторный характер, мигрируют.*
- Высыпания бледнеют при надавливании.*
- Зуда и индукции не бывает.*



5. Подкожные ревматические узелки

Это мелкие, величиной с горошину, плотные, безболезненные образования, располагающиеся под кожей, чаще по 2-4 узелка.

Располагаются над пораженным суставом, над костными выступами.



Классические диагностические критерии острой ревматической лихорадки (критерии Киселя-Джонса-Нестерова)

Главные критерии (признаки)	Второстепенные критерии (признаки)	Признаки перенесенной в недавнем прошлом А-стрептококковой инфекции
Ревматический (постстрептококковый) полиартрит	Артралгия	Положительная А-стрептококковая культура, выделенная из зева или положительный тест быстрого определения А-стрептококкового антигена
Ревматический кардит		
Кольцевидная эритема	Лихорадка	
Хорея Сиденгама		
Подкожные ревматические узелки	Лабораторные признаки активного воспаления	
Специфический ревматический анамнез	Замедление атриовентрикулярной проводимости	
Эффект противоревматической терапии		

*2 больших критерия (или один
большой и 2 малых)*

+

*предшествующая инфекция
стрептококка группы А*

=

высокая вероятность ОРЛ

ДИАГНОСТИКА АНАМНЕЗ

- Острота дебюта ОРЛ зависит от возраста больных.
- Детский возраст: 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.).
- Столь же остро — по типу «вспышки» ОРЛ развивается у школьников среднего возраста и солдат-новобранцев, перенесших эпидемическую БГСА-ангину.
- 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.

ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

- **Температурная реакция** варьирует от субфебрилитета до лихорадки.
- **Исследование кожи 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.
- **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.

□ Острый ревматический полиартрит:

вовлечение в процесс крупных суставов, симметричность поражения, типичная летучесть болей и все характерные черты острого воспаления, т.е. припухлость, гиперимия (покраснение), нарушение функций и болевой синдром.



В 10—15% случаев выявляются полиартралгии.

Суставной синдром быстро разрешается на фоне НПВП, деформации не развиваются.

Сердце

Систолический шум, отражающий митральную регургитацию:

- 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
- оптимально выслушивается на верхушке сердца и проводится в левую подмышечную область.

Мезодиастолический шум (низкочастотный), развивающийся при остром кардите с митральной регургитацией:

- часто следует за III тоном или заглушает его
- выслушивается на верхушке сердца в положении больного на левом боку при задержке дыхания на выдохе.

Протодиастолический шум, отражающий аортальную регургитацию:

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

ЭКГ признаки.

- На ЭКГ при ревмокардите нередко выявляются нарушения ритма (тахи– или брадиаритмия, миграция водителя ритма, иногда экстрасистолия, мерцательная аритмия), замедление атриовентрикулярной проводимости преимущественно I степени, нарушения реполяризации желудочков, удлинение электрической систолы.

Другие исследования.

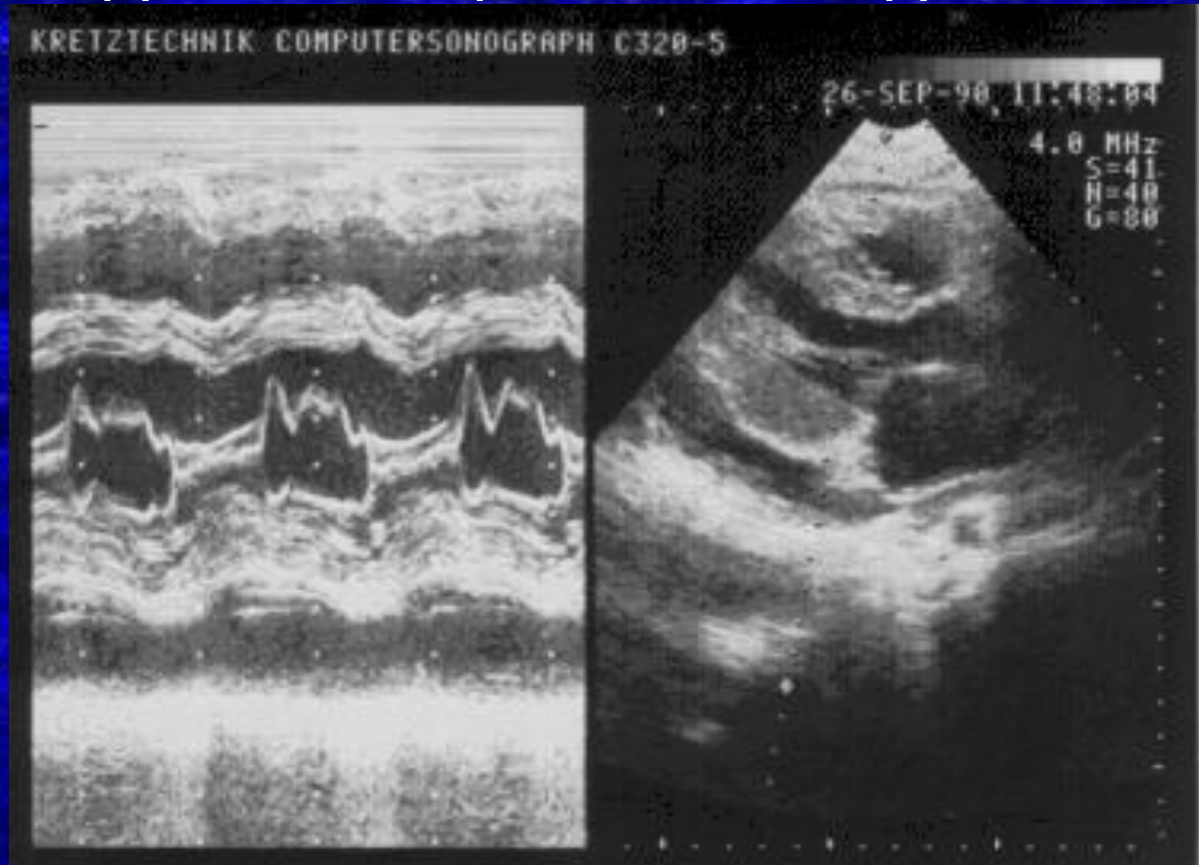
- На фонокардиограмме (ФКГ) регистрируют уменьшение амплитуды I тона на верхушке, увеличение амплитуды III и IV тонов. При миокардите на ФКГ определяется систолический шум, не связанный с I тоном, изменчивый в разных сердечных циклах, имеющий среднеамплитудный, среднечастотный характер.
- Вальвулит митрального клапана проявляется высокочастотным пансистолическим или протосистолическим шумом различной амплитуды.

Рентгенография

- помимо не всегда выраженного увеличения сердца определяются признаки снижения тонической и сократительной функции миокарда, митральная (при вальвулите митрального клапана) или аортальная (при поражении аортального клапана) конфигурация сердца.

ЭхоКГ сердца.

- утолщение, “лохматость” эхосигнала от створок пораженных клапанов,
- уменьшение их экскурсии,
- признаки нарушения сократительной функции миокарда



ЭхоКГ критерии ревматического эндокардита (Полубенцова Е.И., 1995)

Митральный клапан:

- Краевое булавовидное утолщение передней митральной створки.
- Гипокинезия задней митральной створки.
- Митральная регургитация.
- Преходящий куполообразный изгиб в диастолу передней митральной створки.

Аортальный клапан:

- Ограниченное краевое утолщение АК.
- Преходящий пролапс створок.
- Аортальная регургитация.

Частота поражения клапанов при РЛ:

54% - недостаточность МК

27% - недостаточность АК

12% - комбинированный порок

6-9% - пролапс МК.

Исследование нервной системы

- в 6—30% случаев выявляются признаки малой хореи (гиперкинезы, мышечная гипотония, статокоординационные нарушения, сосудистая дистония, психоэмоциональные нарушения).
- У 5—7% больных хорея выступает единичным признаком ОРЛ.

Лабораторная диагностика

- 1. Клинический анализ крови: нейтральный лейкоцитоз, резко ускоренное СОЭ, очень редко анемия - обычно у детей при тяжелом течении заболевания. Появление С-реактивного белка +++ или ++++.**
- 2. При исследовании белковых фракций крови: В острой фазе - увеличение альфа-2-глобулинов, при затяжном течении увеличение гамма-глобулинов. Идет повышенное расщепление гиалуроновой кислоты - становится положительной красочная проба на гексозы - дифениламиновая проба ДФА, которая в норме составляет 25-30 ЕД.**
- 3. Повышение титра антистрептолизина О выше 1:250, антистрептогиалуронидазы и антистрептокиназы выше 1:300. Увеличение фибриногена крови выше 40000 мг/л (в норме 4 г/л). ЭКГ - нарушение АВ проводимости. PQ больше Q, 20 сек., изменение конечной части желудочковых комплексов и др. Увеличение уровня сиаловых кислот (в норме до 180 ЕД).**

Титры противострептококковых антител:

Показатель	В норме	Пограничный уровень	Высокий
АСЛО	< 250	313-500	≥ 625
АСГ	< 250	330-500	≥ 625
АСК	< 200	300-500	≥ 600
АДНК-В	< 600	800-1200	≥ 1200

Хроническая ревматическая болезнь сердца (хронический ревматизм)

Только наличие органического порока одного или нескольких клапанов сердца есть единственным критерием хронической ревматической болезни сердца

Причины гипердиагностики хронической ревматической болезни сердца

Дисфункция папиллярных мышц и пролапс митрального клапана

Термоневротическая субфебрильная лихорадка

Кардиалгия, как проявление нейродистрофического процесса

Полиартралгия как причина других заболеваний

Дифференциальный диагноз

- Ревматоидный артрит.
- Гонококковый артрит.
- Бруцеллезный артрит.
- Тонзиллокардиальный синдром (тонзилогенная функциональная кардиопатия)
- Кардионевроз.
- Тиреотоксикоз.
- Холецистит.
- Идиопатический миокардит или миокардит Абрамова-Фидлера.

РАБОЧАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РЕВМАТИЗМА

(Принята съездом ревматологов России в 1996 г.)

Клинические проявления		Ст. актив.	Течение	Исход (неактивная фаза)	Стадия НК
Основные	Дополнительные				
<ul style="list-style-type: none"> Ревмокардит первичный Ревмокардит возвратный <input type="checkbox"/> без порока сердца <input type="checkbox"/> на фоне порока сердца Артрит <input type="checkbox"/> без вовлечения сердца <input type="checkbox"/> с вовлечением сердца Хорея <input type="checkbox"/> без вовлечения сердца <input type="checkbox"/> с вовлечением сердца Впервые выявлен ревматический порок сердца 	<ul style="list-style-type: none"> Кольцевидная эритема Ревматические узелки Артралгия Абдоминальный синдром и др. серозиты Предшествующая стрептококковая инфекция 	<ul style="list-style-type: none"> 3 2 1 	<ul style="list-style-type: none"> Острое Затяжное Латентное 	<ul style="list-style-type: none"> Без порока сердца Порок сердца 	<ul style="list-style-type: none"> 0 I IIA IIB III

Изменения в конструкции диагноза для пациентов с ревматизмом в соответствии с МКБ10

Острый

~~Ревматизм,
первичный
ревмокардит...~~

~~Острая
ревматическая
лихорадка,
активность...~~

Хронический
активный

~~Ревматизм,
возвратный
ревмокардит...~~

~~Хроническая
ревматическая
болезнь сердца,
активность (I,II,III)...~~

Хронический
неактивный

~~Ревматизм,
неактивная фаза,
ревматический
миокардиосклероз~~

~~Хроническая
ревматическая
болезнь сердца...~~

~~Активная фаза~~

~~Неактивная фаза~~

~~Острое~~

~~Подострое~~

~~Затяжное~~

~~Непрерывно
рецидивирующее~~

~~Латентное~~

Формулировка диагноза (разработана Нестеровым, 1956 г.)

Ревматизм.

• Активность процесса:

- а) активный,
- б) неактивный.

• Клинико-морфологическая характеристика: эндо, мио, перикардит; поражение нервной системы - ревматический энцефалит, поражение мозговых сосудов; ревматический плеврит и т.д.

• Характер течения:

- а) острое,
- б) подострое,
- в) хроническое: затяжное, непрерывно-рецидивирующее,
- г) латентное.

• Функциональная оценка пораженного органа: наличие или отсутствие сердечной недостаточности, исход.

Варианты клинического течения ревматизма.

Острое - чаще встречается у детей, длительность заболевания около 2-х месяцев.

Подострое - у взрослых, впервые заболевших, длительность заболевания около 3-4 месяца.

Затяжное - при повторном заболевании, длительность заболевания около 4-6 месяцев.

Латентное – нет клинических проявлений, позволяющих судить о начале и окончании воспалительного процесса

Непрерывно-рецидивирующее – отсутствуют четкие симптомы ремиссии, рецидивы чаще 2 раз в год

Дифференциальная диагностика ревматического кардита

- Инфекционный эндокардит
- Неревматические миокардиты
- Нейроциркуляторная дистония
- Идиопатический пролапс митрального клапана
- Кардиомиопатии
- Миксома сердца
- Первичный антифосфолипидный синдром
- Неспецифический аорто–артериит
- Системная красная волчанка
- Анкилозирующий спондилоартрит

Дифференциальная диагностика ревматического полиартрита

- Реактивные артриты
- Ревматоидный артрит
- Ювенильный ревматоидный артрит
- Синдром Стилла
- Палиндромный ревматизм
- Интермиттирующий гидрартроз
- Системная красная волчанка
- Анкилозирующий спондилоартрит
- Геморрагический васкулит
- Па́йм-Берроуэра

ЛЕЧЕНИЕ

ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ

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

- **Режим.** Больным ОРЛ особенно с выраженным кардитом показан постельный режим в течение 2-3 недель с последующим включением комплексов ЛФК.
- Средняя продолжительность стационарного лечения 4-6 недель, при тяжелом или рецидивирующем ревмокардите она увеличивается.

Диета

- Диета № 10 с постепенным переходом на диету № 15
- Ограничить потребление поваренной соли и углеводов (до 300 г/сут)
- Полноценные белки не менее 2 г на 1 кг
- Свежие овощи и фрукты
- При недостаточности кровообращения количество жидкости ограничивается до 1000-1200 мл/сут.

Этиотропная терапия

- Цель: эрадикация БГСА.
- Препарат выбора – пенициллин.
- Бензилпенициллин 4 000 000 – 6 000 000 ЕД у юношей и взрослых - 14 дней.
- У больных с хр. декомпенсированным тонзиллитом, синуситом курс может быть продлен до 3 недель.
- Амоксициллин 1,5 -2,0 г/сут на 3 приема в течение 2 недель.

- После этого применяются дюрантные формы – бензатинбензилпенициллин (бициллин-1) 2,4 000 000 через 4 недели.
- Экстенциллин 2,4 000 000 ЕД в/м 1 раз
3 недели
- Ретарпен
- Пендепон

- Больные, резистентные к пенициллинам, имеющие аллергический анамнез – макролиды



- Эритромицин 1,2 г/сут в 3 приема за 1 ч до еды
- Азитромицин 10 мг/кг в 1 прием за 1 час до еды 3 дня
- Кларитромицин 15 мг/кг в 2 приема 20 дней
- Спирамицин 3 000 000 ЕД в 2 приема 10 дней.
- При непереносимости макролидов :
линкосамиды:
- Линкомицин 30 мг/кг 3 раза в день – 10 дней
- Клиндамицин 20 мг/кг 3 раза в день – 10 дней

Противовоспалительная терапия

- Ацетилсалициловая кислота 4-6 г/сут – 6 недель с последующим снижением дозы до 2 г.
- Вольтарен 150 мг/сут 6 недель, затем 75 мг/сут.
- Индометацин 150 мг/сут 6 недель, затем 75 мг/сут.

Противовоспалительная терапия

- Лечение НПВП в поддерживающих дозах – не менее 3-4 мес.
- Раннее прекращение лечения, назначение неадекватных доз может привести к синдрому возврата клинических симптомов ОРЛ, затяжному течению заболевания.

Глюкокортикостероиды

- При выраженном ревмокардите с экссудативным компонентом, панкардит
- Преднизолон 20 мг/сут- 2 нед.

- Больным с затяжным течением назначается длительные прием **ХИНОЛИНОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ**
- Делагил 0,25 г 2 раза/сут.
- Плаквенил 0,2 г 2 раза/сут.
- В последующем переход на поддерживающую дозу 1 таб/сут – 6 месяцев – 2 года.

Другие препараты

- Витамин С (до 1 г/сут в течение 4-6 недель с последующим снижением дозы)
- Вит. В1 и В6 1,0 мл в/м через день
- Поливитаминов
- Рибоксин по 2 таб 0,2 3 раза в день
- Антиоксиданты для улучшения метаболических процессов в миокарде.
- При недостаточности кровообращения – сердечные гликозиды, панангин или оротат калия, мочегонные препараты.

Система профилактики

должна включать:

- Меры, направленные на повышение реактивности организма;
- Активное выявление, адекватное лечение ангин и обострений хронической стрептококковой инфекции
- Выявление лиц, перенесших ревматическую лихорадку и проведения им противорецидивного лечения, до призыва на военную службу
- Проведение бициллиномедикаментозной профилактики всему личному составу при неблагоприятной эпид.обстановке
- Проведение круглогодичной профилактики больным ревматической лихорадкой
- Стационарное лечение больных ОРЛ
- Своевременное выявление больных с пороками сердца для проведения им оперативного лечения
- Индивидуальный режим физической подготовки или ЛФК
- Санаторно-курортное лечение в период ремиссии или

Первичная профилактика

При неблагоприятной эпидемической обстановке в отношении заболеваемости ангинами:

Бензилпенициллин 3 000 000 ЕД/сут – 5 дней
(в последующем однократная инъекция бициллина 1)

Ампициллин 3 000 000 ЕД в течение 10 дней

Амоксициллин 1- 1,5 г/сут в течение 10 дней

При непереносимости данных препаратов
– препараты второго ряда:

- макролиды: спирамицин (ровамицин) 6 000 000 ME в 2 приема – 5-8 дней; азитромицин, рокситромицин, кларитромицин, эритромицин (0,25-0,50 г внутрь через 4-6 часов – 5-8 дней)
- Комбинированные препараты (амоксцициллин-клавуланат, ампициллин-сульбактам)
- Оральные цефалоспорины (цефалексин, цефаклор, цефиксим).

Вторичная профилактика ревматизма

Основная задача

Предупреждение активации стрептококковой инфекции, снижение риска рецидивов ОРЛ или активности хронической ревматической болезни сердца

Принцип действия

Обеспечение постоянной концентрации антибиотика в организме

Бензатин-бензилпенициллин

Бициллин-5 1,5 млн. Ед не реже 1 раза в неделю

Ретарпен 2,4 млн. Ед не реже 1 раза в 2 недели

Экстенциллин 2,4 млн. Ед не реже 1 раза в 3 недели

Макролиды

Азитромицин 0,5 однократно 1 раз в неделю

Продолжительность

Не менее 5 лет после ОРЛ

При хроническом активном ревматизме и высоком риске прогрессирования порока -- **пожизненно**



Вторичная профилактика

- Больным, перенесшим ОРЛ, в течение трех лет вводят бицилин-1 – 2 400 000 ЕД в/м 1 раз в неделю
- Ацетилсалициловая кислота 2-3 г/сут или вольтарен
- Поливитамины

Вторичная профилактика ОРЛ

Клинические данные	Длительность профилактики (бензатин-бензилпенициллин 2,4млн.ед в/м 1 раз в 3-4 недели)
РЛ+кардит+порок сердца	10 лет после последнего эпизода, минимально до 40 лет, максимально пожизненно
РЛ+кардит (без порока)	10 лет после последнего эпизода или до 21 года
РЛ без кардита	5 лет или до 21 года
Перенесшие операцию по поводу РПС	Пожизненно

ДЕСЯТЬ ЗОЛОТЫХ ПРАВИЛ РЕВМАТОЛОГИИ

1 Хорошо собранный анамнез и объективный осмотр в сочетании со знанием анатомии скелета и мышц — это самое важное при обследовании пациента с ревматической патологией . Вы должны изучать пациента'

2 Не назначайте лабораторных анализов, если не знаете, зачем это надо сделать Продумайте свои дальнейшие действия еще до получения результатов анализов с отклонениями от нормальных показателей.

3 При остром воспалении одного сустава необходима аспирация суставной жидкости для исключения гнойного и кристаллического артрита

4 Любому пациенту с хроническим воспалением одного сустава, длящимся более 8 нед, необходима биопсия синовиальной оболочки, если не удалось выяснить этиологию артрита

5 Подагра обычно не встречается у женщин до периода менопаузы и не затрагивает межпозвоночные суставы

ДЕСЯТЬ ЗОЛОТЫХ ПРАВИЛ РЕВМАТОЛОГИИ

6 Большинство болей в плече носят околосоуставной характер (т е это бурситы или тендиниты), большинство болей в пояснице не требуют хирургического лечения

7 Если у пациента остеоартрит суставов, то обычно у него нет первичного остеоартрита (т е. пястно-фалангового, лучезапястного, локтевого, плечевого, голеностопного) и его необходимо обследовать на предмет вторичной причины остеоартрита (метаболические нарушения и т п)

8 Первичная фибромиалгия не возникает у пациентов старше 55 лет, она характерна для больных с костно-мышечными болями, у которых имеются отклонения в лабораторных анализах

9 Не обязательно, что все пациенты с положительным ревматоидным фактором страдают ревматоидным артритом, так же как не все пациенты с положительной реакцией на антинуклеарные антитела (АНА) страдают системной красной волчанкой

10 Если у пациента с установленным системным ревматическим заболеванием отмечается лихорадка или многообразные жалобы, ищите инфекцию или другие неревматические причины, прежде чем отнести наблюдаемые симптомы и синдромы к ревматической патологии Несомненно, что инфекция чаще становится причиной смерти пациентов с ревматическими заболеваниями, чем их основная болезнь Помните, ничего не бывает на 100 %!

Спасибо за внимание!