

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ



**РЕВМАТИЧЕСКАЯ
ЛИХОРАДКА НА
СЕВЕРНОМ КАВКАЗЕ :
ВЧЕРА ,
СЕГОДНЯ ,
ЗАВТРА...**

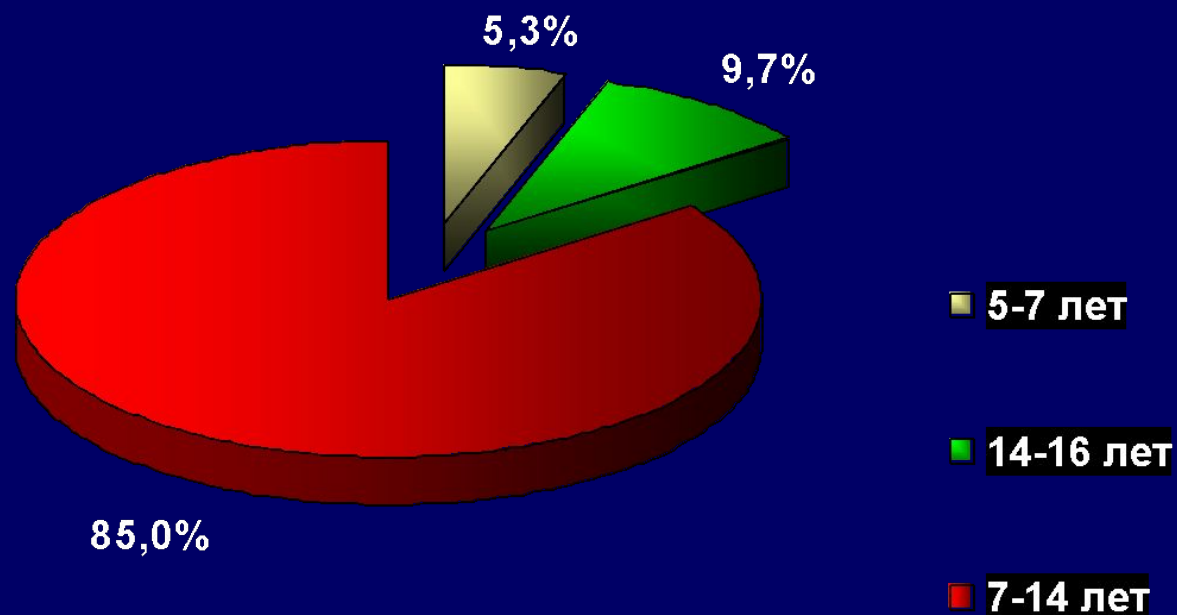
**Заведующая кафедрой детских болезней
Н.Г.СОБОЛЕВА**

- **ОРЛ – постинфекционное осложнение тонзиллита (ангины) или фарингита , вызванных β -гемолитическим стрептококком группы А (БГСА) в виде системного воспалительного заболевания соединительной ткани , развившегося у предрасположенных лиц, главным образом , детей и подростков (7-15 лет).**
- **ХРБС - заболевание , характеризующееся поражением сердечных клапанов в виде поствоспалительного краевого фиброза клапанных створок или порока сердца , сформировавшихся после перенесенной ОРЛ.**

Первичная заболеваемость острой ревматической лихорадкой за последние 30 лет

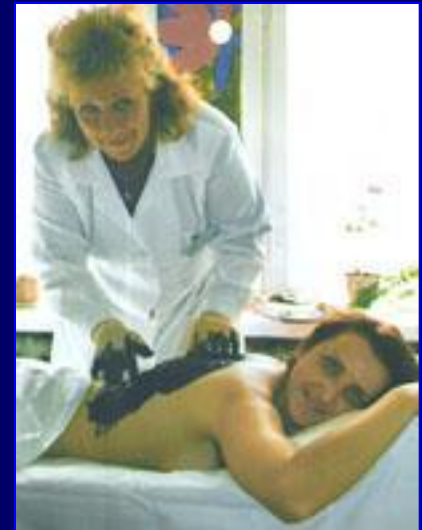


Повозрастная структура первичной заболеваемости острой ревматической лихорадкой



Критерии острого ревматизма по данным ВОЗ (1992)

- кардит
- полиартрит
- хорея
- кольцевидная эритема
- подкожные ревматические узелки



Малые критерии:

клинические:

- предшествующий ревматизм или ревматическая болезнь сердца
- артралгии
- лихорадка

Лабораторные показатели острой фазы:

скорость оседания эритроцитов
С-реактивный белок
лейкоцитоз

Данные, подтверждающие стрептококковую инфекцию:

- Повышенный титр противострептококковых антител (антистрептолизина O)
- выявление из зева стрептококка группы A
- недавно перенесенная скарлатина.

Наличие двух больших или одного большого и двух маленьких критериев свидетельствует о высокой вероятности острого ревматизма при наличии подтвержденных данных о перенесенной инфекции, вызванной стрептококком группы A.

Структура приобретенных пороков сердца в исходе первичного ревмокардита у детей

- Недостаточность митрального клапана - **54,0%**
- недостаточность аортального клапана - **27,0%**
- комбинированный митрально-аортальный порок - **12.0%**
- пролапс митрального клапана - **7.0%**

Рабочая классификация ревматизма (ревматической лихорадки) 1997

Клинические синдромы		Степень активности	Течение	Исход (негативная фаза)	Стадия недостаточности кровообращения
Основные	Дополнительные				
Ревмокардит первичный	Кольцевидная эритема	3	острое	без порока сердца	0
Ревмокардит Возвратный - без порока сердца	Ревматические узелки Артралгии	2			I
Артрит - без вовлечения сердца - с вовлечением сердца	Абдоминальный синдром и другие серозиты	1	затяжное	сердца	IIa
Хорея - без вовлечения сердца - с вовлечением сердца	Предшествующая стрептококковая инфекция		латентное	порок сердца	IIб
Впервые выявленный ревматический порок сердца					III

Классификация ревматической лихорадки 2003 год

Клинические формы	Клинические синдромы		Исход	НК	
	основные	дополнительные		Недостаточность кровообращения	Функциональный класс ХСН
Острая ревматическая лихорадка	Кардит Артрит Хорея Кольцевидная эритема	<u>КЛИНИЧЕСКИЕ</u> Артралгии Лихорадка Абдоминальный синдром Полисерозиты	Выздоровление РБС (ревматическая болезнь сердца) -без порока сердца --порок сердца	0 I IIA IIB III	0 I II III IV
Повторная ревматическая лихорадка	Подкожные ревматические узелки	<u>ЛАБОРАТОРНЫЕ</u> Повышенные острофазовые реактанты : СОЭ , С-реактивный белок , Допплер ЭХО-КГ, Удлиненный интервал PR на ЭКГ. Данные, подтверждающие предшествование БГСА - инфекции			

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ

- Наличие ревматизма или диффузных болезней соединительной ткани, а также врожденной неполноценности соединительной ткани у родственников первой степени родства**
- женский пол**
- возраст 7 - 15 лет**
- перенесенная острая стрептококковая инфекция и частые носоглоточные инфекции**

ЛЕЧЕНИЕ (этапная терапия)

Стационарное лечение

Местный ревматологический санаторий

Диспансерное наблюдение

Санаторно - курортное лечение



КОМПЛЕКСНЫЙ МЕТОД ТЕРАПИИ

АНТИБИОТИКИ

Пенициллин

Амоксиклав

Рокситромицин

Макропен

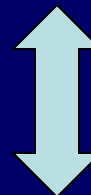
Джозамицин

Эритромицин

Цефалоспорины



Бициллин



Экстенциллин



Этиотропная (антимикробная)
терапия

Бензилпенициллин :

400 000 – 600 000 ЕД в сутки

внутримышечно в 4-х введениях в
течение 10 дней

КОМПЛЕКСНЫЙ МЕТОД ТЕРАПИИ

II.	ГКС	+	НПВП
	Преднизолон		Найз
		Нимесил	
			Нимулид
			Диклофенак
			Вольтарен
			Кетонал
			Ортофен
			Аспирин

III. ПРЕПАРАТЫ ХИНОЛИНОВОГО РЯДА:
Делагил, Плаквенил

3.Патогенетическая (противовоспалительная) терапия

- Острое течение заболевания с наличием ярко и умеренно выраженного кардита (панкардита) , полисерозитов , максимальной и умеренной активности воспалительного процесса (СОЭ \geq 30 мм\ч.)

Детям (схемы лечения)

- Преднизолон 0,7 -0,8 мг\кг\сут. внутрь в 1 прием утром после еды до достижения терапевтического эффекта (обычно в течение 2 нед.)
- Слабо выраженный ревмокардит , ревматический артрит без кардита , минимальная активность процесса (СОЭ < 30 мм\ч), необходимость в длительном лечении после стихания высокой активности и отмены глюкокортикостероидов, повторная ОРЛ на фоне РПС.
- Детям (схемы лечения) :
 - Диклофенак внутрь 2-3 мг\кг\сут в 3 приема в течение
 - 1,5-2 мес.

ПРОФИЛАКТИКА

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА:

1. МЕРЫ ПРЕДУСМАТРИВАЮЩИЕ ПОВЫШЕНИЕ
УРОВНЯ ЕСТЕСТВЕННОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ,
В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ИХ АДАПТАЦИОННЫХ
МЕХАНИЗМОВ

2. ПЕНИЦИЛЛИН
АМОКСИКЛАВ
МАКРОЛИДЫ
ЦЕФАЛОСПОРИНЫ



БИЦИЛЛИН

НПВП - ВЕСНОЙ И
ОСЕНЬЮ



Антимикробная терапия острого БГСА - тонзиллита

- ЛС первого выбора (схемы лечения) :
- Детям в\м 1 сут :
- Бензатин бензилпенициллин
- 0,375 г\сут в 2 приема (<25 кг)
- или 750 мг\сут в 2 приема (> 25кг)
- Детям в\м 10 сут :
- Амоксициллин 0,375 г\сут в 3 приема
- (< 25кг);
- Феноксиметилпенициллин 750 мг\сут (>25кг)
- 30 мг\кг в 1 прием или 1,2 млн. ЕД\сут
- (<25 кг) 30 мг\кг в прием.

- **Бензатин бензилпенициллин** целесообразно назначать при :
 - Возможной не исполнительности пациента в отношении внутреннего приема антибиотиков ;
 - Наличии ОРЛ в анамнезе у больного или ближайших родственников ;
 - Неблагоприятных социально-бытовых условиях
 - Вспышках БСГА-инфекции в детских дошкольных учреждениях , школах , интернатах , училищах , воинских частях т.п.

При непереносимости бета-лактамовых антибиотиков
(схемы лечения) :

Детям внутрь 5 сут :

- Азитромицин 12 мг\кг в 1 прием

Детям внутрь 10 сут:

- Мидекамицин 50 мг\кг в 2 приема;
- Рокситромицин 5 мг\кг в 2 приема ;
- Эритромицин 40 мг\кг в 3 приема

Детям в\м 10 сут :

- Кларитромицин 15 мг\кг в 2 приема ;
- Спирамицин 2 млн. ЕД \сут в 2 приема

Антимикробная терапия рецидивирующего БСГА-тонзиллита

Детям внутрь 10 сут :

- Амоксициллин \клавуланат 40 мг\кг в 3 приема
- Клиндамицин 20 мг\кг\сут в\м в 3 приема
- Линкомицин 30 мг\кг\сут в\м в 3 приема
- Цефуроксим\аксетил 20 мг\кг сут в 2 приема

ПРОФИЛАКТИКА

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА:

1. Детям перенесшим первичный ревмокардит (хорею, артрит), без поражения сердца - 3 года круглогодичная (бициллин, экстенциллин), в последующие 2 года - сезонная (весной и осенью)
2. Больным перенесшим первичный или возвратный ревматизм с поражением сердца круглогодичная профилактика - не менее 5 лет, вплоть до достижения 18 - летнего возраста

Вторичная профилактика

Пациенты , перенесшие ОРЛ

Детям при массе тела > 25 кг :

- Бензатин бензилпенициллин , 1,2 млн. ЕД\в\м 1 раз в 3 недели

Детям при массе тела < 25 кг :

- Бензатин бензилпенициллин , 600 000 тыс. ЕД\в\м 1 раз в 3 недели

Длительность вторичной профилактики (которую следует начинать еще в стационаре) для каждого пациента устанавливается индивидуально . Как правило она составляет :

- не менее 5 лет - для больных , перенесших ОРЛ без кардита (артрит, хорей);
- более 5 лет (пожизненно) - для больных перенесших первичную или повторную атаку ОРЛ с поражением сердца (особенно при наличии признаков формирующегося или сформированного его порока)

Наиболее активной лекарственной формой бензатин бензилпенициллина является экстенциллин.

ПАЦИЕНТЫ С РПС

При манипуляциях на полости рта, пищеводе, дыхательных путях

Стандартная схема:

Детям до 12 лет внутрь за 1 час до процедуры:

- Амоксициллин 950 мг\кг

При невозможности внутреннего приема:

Детям до 12 лет в\в или в\м за 30 мин. до процедуры

- Ампициллин 50 мг\кг

При аллергии к пенициллину:

Детям до 12 лет внутрь за 1 час до процедуры:

- Азитромицин 15 мг\кг
- Кларитромицин 15 мг\кг
- Клиндамицин 20 мг\кг
- Цефадроксил 50 мг\кг
- Цефалексин 50 мг\кг

При аллергии к пенициллин и невозможности внутреннего приема

Детям до 12 лет за 30 мин. до процедуры:

- *Клиндамицин в\в 20 мг\кг ;*
- *Цефазолин в\м или в\в 25 мг\кг ;*

При манипуляциях на желудочно-кишечном и урогенитальном трактах

Стандартная схема:

Детям до 12 лет :

- *Амоксициллин 50 мг\кг внутрь за 1 час до процедуры ;*
- *Ампициллин 50 мг\кг в\м или в\в; Введение закончить за 30 мин. до процедуры*

При аллергии к пенициллинам

Детям до 12 лет в\в в течение 1-2 часов , введение закончить за 30 мин. до процедуры:

- *Ванкомицин 20 мг\кг*

ОШИБКИ и необоснованные назначения

При первичной профилактике ОРЛ неэффективны из-за высокого уровня резистентности к ним БСГА :

- тетрациклины ;
- сульфаниламиды ;
- клотримоксазол ;
- ранние фторхинолины (ципрофлоксацин , пефлоксацин , офлоксацин , ломефлоксацин)

- При терапии застойной сердечной недостаточности (ЗСН) у больных ОРЛ и РПС имеется ряд особенностей :
- кардиотонические ЛС нецелесообразно применять при развитии сердечной компенсации , как следствия первичного ревмокардита (что, как правило бывает только у детей) , поскольку в этих случаях явный терапевтический эффект может быть достигнут при использовании высоких доз преднизолона (40-60 мг в день)

- Глюкокортикоиды совершенно не оправдано применять у больных РПС и ЗСН без явных признаков ревмокардита из-за усугубления миокардиодистрофии
- применение НИТРАТОВ в комплексном лечении ЗСН у больных РПС в последнее время значительно снизилось из-за развития толерантности
- Эти препараты также ухудшают прогноз заболевания у данной категории пациентов

- **Вопрос о целесообразности применения ингибиторов АПФ больным с ревмокардитом на фоне РПС требует дальнейшего изучения .**
- **Ряд эффектов ингибиторов АПФ при ЗСН реализуется через активацию синтеза простагландинов и подавление разрушения брадикинина , также обладающего сосудорасширяющей активностью . В то же время основной механизм действия НПВП , в частности диклофенака , являющегося препаратом выбора при повторных атаках ОРЛ , связан с ингибцией синтеза простагландинов**
- **Следовательно , совместное назначение НПВП и ингибиторов АПФ может привести к ослаблению вазодилатирующего эффекта последних**

ПРОФИЛАКТИКА

ТЕКУЩАЯ ПРОФИЛАКТИКА:

РИБОМУНИЛ

ИРС 19

ИМУДОН

ВИТАМИНЫ: АЛВИТИЛ



Благодарю за внимание

