

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ



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

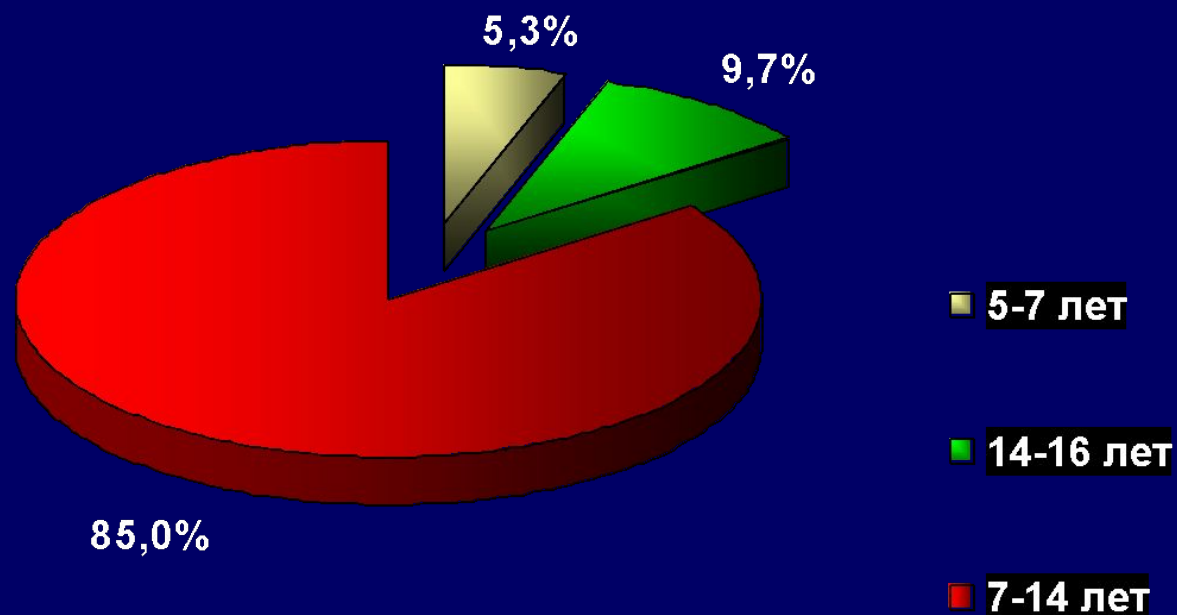
**Заведующая кафедрой детских болезней
*Н.Г.СОБОЛЕВА***

- **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

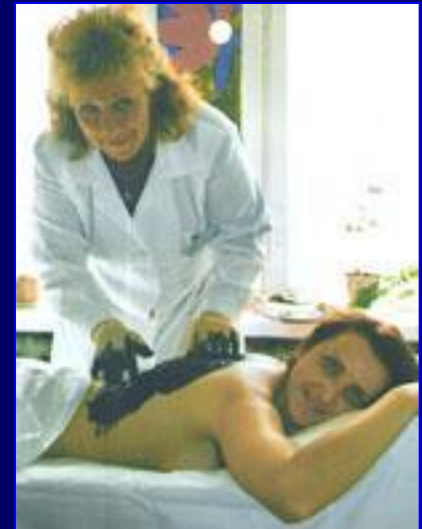


Повозрастная структура первичной заболеваемости острой ревматической лихорадкой



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

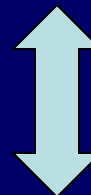
Джозамицин

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 ≥ 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

