

Медсестринський процес
при ревматичній хворобі.

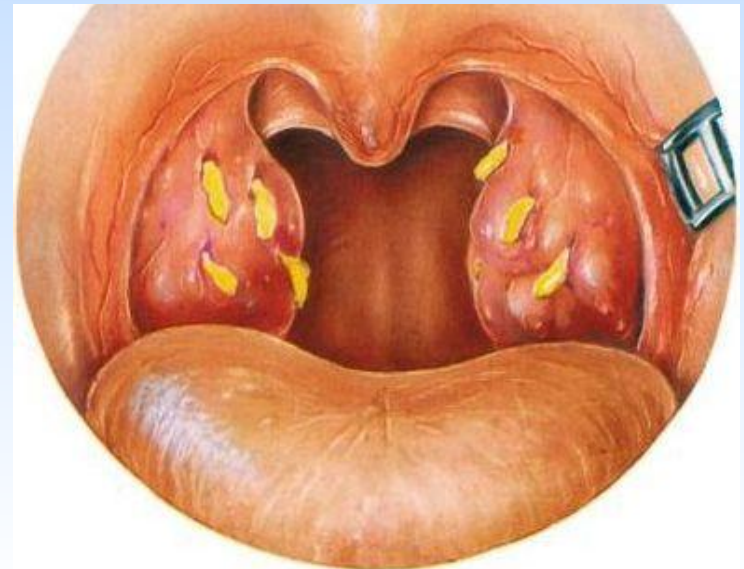
Ревматизм – це системне захворювання сполучної тканини з переважною локалізацією запального процесу в серці та суглобах ; розвивається після перенесеної гострої стрептококової інфекції за умови схильності до нього , головним чином у 7 – 15 річному віці. Жінки хворіють у 2,5 – 3 рази частіше, ніж чоловіки.

Ревматизм – нова назва хвороби – Гостра ревматична лихоманка (хвороба Сокольського — Буйо) — системне запальне захворювання сполучної тканини з переважною локалізацією процесу в серцево-судинній системі (кардит, клапанні вади серця), розвитком суглобового (артрит), шкірного (ревматичні вузлики і аннулярна еритема) і неврологічного (хорея) синдромів, що виникає на тлі імунної відповіді організму на антигени бета-гемолітичного стрептокока групи А і перехресну реактивність з схожими тканинами організму людини. Діти до 5 років не хворіють на гостру ревматичну лихоманку, а також після 30 літнього віку захворювання спостерігається у край рідко. Пік захворюваності доводиться на вік від 8 до 12 років. Жінки страждають ревматизмом приблизно в 3 рази частіше, ніж чоловіки. Захворювання розвивається зазвичай після недолікованих респіраторно-вірусних інфекцій, ангін.

ЕТІОЛОГІЯ

В - гемолітичний стрептокок групи А

- Докази
- Зв'язок з ангіною, скарлатиною, стрептодермією;
- Виявлення антистрептококових антитіл у сироватці хворих:
 - - антистрептолізин – О,
 - - антистрептокіназа,
 - - антигіалуронідаза,
- Висівання з ротогорла стрептокока групи А



Фактори ризику

- Сімейна схильність**
- Вроджені особливості сполучної тканини та імунної реактивності**
- Епідемії стрептококової інфекції**
- Неадекватне лікування стрептококової інфекції**

Серед соціальних умов, які відіграють певну роль у розвитку захворювання, слід назвати скупченість, несприятливі побутові умови, підвищена вологість у приміщеннях, відсутність медичної допомоги

Неадекватне лікування стрептокової інфекції

- Тетрацикліни, сульфаніламід, котрімоксазол при А-стрептокової інфекції не ефективні
- Використання цих препаратів або лікування стрептокової інфекції без призначення **АДЕКВАТНИХ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ** може призвести до тривалої персистенції стрептокока в організмі і, у випадку наявності інших несприятливих чинників, до розвитку Гострої ревматичної лихоманки.

ПАТОГЕНЕЗ

- Безпосередня дія стрептококових токсинів на тканини;
- вироблення антистрептококових антитіл, які є антикардіальними;
- утворення аутоімунних комплексів;
- аутоімунні реакції; перехресно-реагуючі реакції;
- розвиток аутоімунних і імунокомплексних процесів;
ексудація → фіброз → гранулематоз → склероз

МІЖНАРОДНА КЛАСИФІКАЦІЯ ХВОРОБ (1992р.)

- **ГОСТРИЙ РЕВМАТИЗМ (г.р.), (I00-I02):**
 - **I 00 - г.р. без залучення серця**
 - **I 01 – г.р. із залученням серця**
 - **I 02 –ревматична хорея**
- **ХРОНІЧНІ РЕВМАТИЧНІ ХВОРОБИ СЕРЦЯ
(I 05-I 09):**
 - **I 05 – ревматичні хвороби мітрального клапана**
 - **I 06 – ревматичні хвороби аортального клапана**
 - **I 07 – ревматичні хвороби тристулкового клапана**
 - **I 08 – ураження декількох клапанів**
 - **I 09 – інші ревматичні хвороби серця**

Класифікація ГРЛ. Для використання в Україні рекомендується класифікація, затверджена на об'єдналому Пленумі ревматологів та ортопедів-травматологів України (2003).

Клінічна класифікація ревматичної лихоманки

I. Клінічні варіанти

1. Гостра ревматична лихоманка

2. Рецидивуюча (повторна ревматична лихоманка)

II. Клінічні прояви

1. Основні: кардит, артрит, хорея, кільцеподібна еритема, ревматичні вузлики.

2. Додаткові: Лихоманка, артралгії, абдомінальний синдром, серозити

III. Активність процесу:

III – висока, II- помірна, I – мінімальна

IV. Наслідки :

1. Одужання
2. Ревматична хвороба серця
 - без вад серця,
 - вади серця

V. Серцева недостатність,

Стадія: I, II А, II Б, III

Функціональний клас: I, II, III, IV

КРИТЕРІЇ ОЗНАК СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

I а ступінь

- доклінічна скарга немає;
- ЕхоКС - помірне зменшення фракції викиду і збільшення кінцевого діастолічного об'єму

I б ступінь

- при фізичному навантаженні: тахікардія, задишка, втомлюваність при смоктанні
 - ЕхоКС - більше виражені попередні зміни

II а ступінь

- задишка в спокої, число дихань перевищує вікову норму до 50%, тахікардія, пульс перевищує норму на 10-15%, печінка +3 см або в межах вікової норми
 - ЕхоКС - застій в обох колах кровообігу

II б ст:

виражена задишка; ЧД > 50-70%, застій в обох колах кровообігу, тахікардія, пульс > 15-25% кардіомегалія, гепатомегалія, асцит, застійні хрипи в легенях - напади серцевої астми

III ступінь

- **дистрофічна, тотальна глибока недостатність;**
- **виражені набряки, анасарка, кардіомегалія, серцева астма, виснаження дитини**
- **ЕхоКС - різке зниження фракції викиду**

Класифікація ГРЛ (2005)

I Клінічні варіанти

1. Гостра ревматична лихоманка
2. Хронічна ревматична хвороба серця

II Клінічні прояви (основні)

- ✂ Кардит
- ✂ Артрит
- ✂ Хорея
- ✂ Кільцеподібна еритема
- ✂ Ревматичні вузлики

II Клінічні прояви (додаткові)

- 📖 Лихоманка, артралгії, абдомінальний синдром, серозити

III Активність процесу

- I – мінімальна, II – помірна, III – висока

IV Наслідки - без серцевих змін; ревматична хвороба серця (без вади, з вагою)

V Серцева недостатність I(ФК1,2) IIA(ФК2,3) IIB(ФК3,4) III(ФК4)

Діагностика ГРЛ

Діагностичні критерії, запропоновані The American Heart Association (1992)

Великі критерії : *Кардит, поліартрит, хорея, кільцевидна еритема, ревматичні вузлики*

Малі критерії:

1. Клінічні дані: (артралгія, лихоманка)

2. Лабораторні дані:

- збільшення гострофазових показників
(ШОЕ, СРБ - подовження PQ

Ознаки перенесеної стрептококової інфекції

1. Бактеріологічне виділення стрептокока при дослідженні матеріалу з глотки

2. Високий титр або наростання титру антистрептококових антитіл

Критерії Кисіля-Джонса-Нестерова:

- **Великі** (абсолютні, основні) критерії:
 - Ревмокардит, поліартрит;
 - Мала хорея;
 - Ревматичні вузлики;
 - Кільцеподібна еритема;
 - Серозити;
 - Ревматичний анамнез;
 - Ефект від лікування саліцилатами.
- **Малі** (додаткові) критерії:
 - **Клінічні:** підвищення t° , адинамія, швидка втомлюваність, блідість шкіри, артралгії (болі в суглобах), вазомоторна лабільність, носові кровотечі, пітливість, абдомінальний синдром;
 - **Лабораторні:** підвищена ШОЕ (N – 3-18 мм/год) 40-50 мм/год, лейкоцитоз (N – $3,5 \times 10^9$ /л) $10,5 \times 10^9$ /л, позитивні ревмопроби (поява С-реактивного білку, α -, γ -глобулінів).



**Наявність двох великих
критеріїв і ознак перенесеної
стрептококової інфекції,
або 1 великого, 2 малих і ознак
перенесеної стрептококової інфекції
дозволяє поставити діагноз ГРЛ**

Клінічні прояви гострої ревматичної лихоманки

В розвитку ГРЛ виділяють **3 періоди**.

1- тонзиліт (ангіна) або фарингіт, симптоми якого тривають на протязі тижня;

2 -безсимптомний або з ознаками неповної реконвалесценції після гострої стрептококової інфекції (до 4 тижнів);

3 – клінічні прояви ГРЛ (підвищення температури, гостре запалення тканин суглобів, враження серця, серозних оболонок, судин; нервової системи та ін.).

Для клініки ГРЛ характерна системність пошкоджень із переважанням патології серця

Ураження серця спостерігається у 50–60 % осіб із первинною атакою ГРЛ та в 73–90 % осіб із повторною атакою.

Кардит – основна клінічна ознака ГРЛ. В активній ГРЛ важко розпізнати на фоні міокардиту ендокардит і початок перикардиту, тому доцільно в клінічній практиці використання терміну “кардит”.

- Ревматичний міокардит проявляється підвищенням температури тіла, больовими відчуттями в ділянці серця, задишкою при фізичному навантаженні, тахікардією або брадікардією, порушенням ритму серця

Міокардит

- кардіалгія,
- розширення меж серця,
- послаблення серцевих тонів, м'який систолічний шум на верхівці,
- тахі- чи брадиаритмія,
- зниження АТ,
- на ЕКГ – подовження $PQ > 0,18$ сек, зниження вольтажу Т, аритмії;

Ендокардит

- Переважно ураження мітрального клапану, як правило на фоні міокардиту, дуючий систолічний шум на верхівці з тенденцією до наростання інтенсивності, проводиться в аксілярну ділянку,
- на ФКГ - спадаючий шум на 2/3 систоли;
- ЕхоКГ – потовщення та лохматість стулок, обмеження відкриття передньої стулки, гіпокінезія задньої стулки пролабування стулок в кінці систоли
- рідше вражається аортальний клапан – діастолічний, лиючийся шум в V точці,
- ФКГ – високочастотний протодіастолічний;
- Ехо-КГ-дрібноамплітудне, діастолічне тріпотіння мітральних стулок, внаслідок аортальної регургітації

Перикардит

- Як правило на фоні міокардиту; сухий – болі в ділянці серця, за грудиною, при аускультатії – шум тертя перикарду;
- Випітний (ексудативний) – стан дитини дуже важкий; блідість, одутловатість обличчя, набухання вен шиї, задишка, вимушене сидяче положення,
- значна кардіомегалія, глухість серцевих тонів, прогресуюча серцева недостатність, можлива тампонада серця;
- рентгенографія – кулеподібна чи трапецієвидна тінь, зменшення амплітуди скорочень;
- ЕКГ – значне зниження вольтажу зубців, зміщення сегменту ST.

Суглобовий синдром

спостерігається у 70–75 % випадків, проявляється у вигляді поліартралгій, моноартриту, поліартриту, має певні особливості:

- швидкий розвиток,
- міграція,
- ураження переважно великих і середніх суглобів,
- швидке затухання процесу зі зворотним розвитком запальних змін (2-3 тижні), особливо під впливом протизапальних препаратів (на протязі кількох годин або днів),
- відсутність деформацій.

- Ураження шкіри у хворих на ГРЛ проявляється кільцеподібною (анулярною) еритемою, ревматичними вузликами і зустрічається досить рідко

- анулярна еритема виявляється у 2 %

- ревматичні вузлики (1-3 %).



Малу хорею,

характерну для ГРЛ, розглядають як ревматичний енцефаліт із переважним ураженням стріопалідарної системи мозку.

Мала хорея виникає у 12–17 % хворих на ГРЛ, переважно у дівчаток від 6 до 15 років.

Початок хореї, як правило, поступовий, дитина стає дратівливою, емоційно лабільною, виникають гіперкінези (як правило, двосторонні, насильницькі рухи різних м'язових груп, що посилюються при хвилюванні та зникають під час сну), м'язова дистонія з переважанням гіпотонії, підвищення сухожилкових рефлексів, клонус, стато-координаційні порушення, судинні реакції, психопатичні прояви.

- Вигляд хворого з малою хоресєю:



- Перенесена ГРЛ може закінчитись одужанням або розвитком хронічної ревматичної хвороби серця: без вад серця (можливий розвиток крайового фіброзу стулок клапана без регургітації, що уточнюється за допомогою ехокардіографії) або формуванням вад серця.

- ГРЛ має схильність до рецидивів. Кожному рецидиву передусє епізод стрептококової інфекції. В “доантибіотикову” еру рецидиви захворювання реєструвались в 73% випадків. Найбільший ризик розвитку рецидиву ГРЛ в перші 3 роки після першої атаки, у хворих молодого віку і у пацієнтів з ревматичними вадами клапанів .

Особливості ГРЛ на сучасному етапі

- **За останні десятиріччя клінічна картина ГРЛ суттєво змінилась:**
- **виявляється тенденція до більш прихованого малосимптомного перебігу ревматичного кардиту,**
- **зниження частоти формування ревматичних вузликів та хорей;**
- **зростання захворюваності серед дорослих молодого віку**

Лікування в 3 етапи:

- I. Кардіоревматологічне відділення, стаціонар (до 45 діб);
- II. Ревматологічний кабінет (амбулаторне лікування) або спеціалізований санаторій (до 6 місяців);
- III. Диспансерне спостереження багато років, профілактичне лікування.



Лікування

- Усім хворим призначається ліжковий режим (при ураженні серця — на 4 тиж. або до нормалізації показників активності запального процесу, у хворих без кардиту — залежно від інших симптомів, наприклад вираженості артриту/артралгії (Рівень доказовості D)
- рекомендується визначати життєві показники (АТ, ЧСС, частоту дихання, температуру тіла) 4 рази на добу; щотижневе зважування за відсутності кардиту, щоденне — за його наявності.
- Призначається збалансована дієта з обмеженням рідини та солі у разі СН, обмеженням калорійності — у разі ожиріння.
- До взяття посівів та мазків пацієнтам із непідтвердженим діагнозом в основному призначають парацетамол для лікування при лихоманці та болю у суглобах.

Лікування гострої ревматичної лихоманки

1. Етіотропна терапія

А) Антибіотики пеніцилінового ряду:

- бензатин бензилпеніцилін (ретарпен, екстенцилін) 2,4 млн 1 раз на три тижні
- **бензилпеніцилін 1,5-4 млн/добу протягом
10-12 днів**

**При непереносимості бета-лактамних
антибіотиків:**

- азитроміцин 0,5 г – раз на добу – 5
днів

1. Протизапальна терапія

а) глюкокортикостероїдні препарати (преднізолон по 20-30 мг протягом 2 тижнів, із наступним зниженням дози на 2,5 мг кожні 5-7 днів і переходом на НПЗП

б) нестероїдні протизапальні препарати (курс лікування 1-1,5 міс., за необхідності 3-5 міс.):

- неселективні (диклофенак натрію 100-150 мг/добу,
- селективні (мелоксикам 7,5 -15 мг/добу; німесулід 100мг двічі на день; целекоксиб 200 мг 1-2 рази на день

в) амінохінолонові (гідроксіхлорохін 0,2 г/добу, хлорохін 0,25 г/добу

3. Метаболічна терапія

4. Симптоматична терапія

Критерії якості лікування

- **Відсутність кардіальних і артралгічних синдромів**
- **Нормалізація показників активності запального процесу**
- **Нормалізація титрів стрептококових антитіл**
- **Стабільність морфофункціональних показників за даними ехокардіографії щодо клапанів і камер серця**

Профілактика

Мета первинної профілактики – попередити ГРЛ у здорових осіб (комплекс заходів по виявленню і адекватному лікуванню стрептококової інфекції):

- для виявлення носіїв стрептококової інфекції обов'язковим є бактеріологічне дослідження у разі носоглоткової інфекції.

- при лікуванні гострих інфекційних процесів, зумовлених бета-гемолітичним стрептоком групи А призначають препарати пеніцилінового ряду (амоксицилін), або цефалоспоринового (цефалексин, цефадроксил) – препарати вибору, або макроліди (лінкозаміни – препарати резерву) впродовж 10 днів.

- при лікуванні хронічних процесів призначають амоксицилін із клавуленовою кислотою, або цефалоспоринової, або макроліди (лінкозаміни – препарати резерву).

Антибіотикотерапія при гострому БГСА-фарингіті/тонзиліті

Препарат, шлях введення	Дозування	Тривалість	Рівень доказовості/сила рекомендації
Для хворих без алергії на пеніцилін: амоксицилін <i>per os</i>	50 мг/кг 1 раз на добу (дорослі 1000 мг) 2 рази на добу	10 днів	1В/сильна
- бензатину пеніцилін <i>G в/м</i>	При масі тіла ≤ 27 кг: 600 ОД, при масі > 27 кг — 1 200 000 ОД	Одноразово	1В/сильна
Для хворих із алергією на пеніцилін: - цефалексин <i>per os</i>	20 мг/кг 2 рази на добу (дорослі: 500 мг на прийом)	10 днів	1В/сильна
- цефадроксил <i>per os</i>	30 мг/кг 1 раз на добу (дорослі: 1000 мг)	10 днів	1В/сильна
- кліндаміцин <i>per os</i>	7 мг/кг 3 рази на добу (дорослі: 300 мг на прийом)	10 днів	2аВ/сильна
- азитроміцин <i>per os</i>	12 мг/кг 1 раз на добу (дорослі: 500 мг)	5 днів	2аВ/сильна
- кларитроміцин <i>per os</i>	7,5 мг/кг 2 рази на добу (максимально: 250 мг на прийом)	10 днів	2аВ/сильна

Вторинна профілактика

**Бензатин бензилпеніцилін (ретарпен, екстенцилін)
2,4 млн 1 раз на три тижні.**

**Тривалість вторинної профілактики
встановлюється індивідуально для кожного
пацієнта:**

- Не менше 5 років – для хворих, які перенесли ревматичну лихоманку без кардита (артрит, хорея);**
- Більше 5 років (або протягом всього життя) – для хворих, які перенесли декілька гострих ревматичних лихоманок з ураженням серця**

Тривалість антибіотикопрофілактики (згідно з рекомендаціями Американської асоціації серця, 2011):

- хворим після перенесеної ГРЛ із кардитом із ХРХС — 10 років або до досягнення 40 років (що більш тривало);**
- хворим після перенесеної ГРЛ із кардитом без ХРХС — 10 років або до досягнення віку 21 року (що більш тривало);**
- хворим після перенесеної ГРЛ без кардиту — 5 років або до досягнення віку 21 року (що більш тривало).**

Стаціонарне лікування:

1. Режим – постільний.
2. Дієта №10 (обмеження солі, води).
3. Забезпечення киснем.
4. Антибіотики (пеніцилін кожні 4 год в/м, після алергологічної проби, протягом 2 тижнів). Тоді інший антибіотик 2 тижні – Біцелін-3 в/м 1 раз/тиждень 3-6 місяців.
5. Протиалергійні (супрастин, тавегіл).
6. При тяжких станах – гормони (преднізолон).
7. Серцеві глікозиди (строфантин, корглюкон).
8. Сечогінні + каліозберігаючі (фуросемід + аспаркам).
9. Нестероїдні протизапальні (аспірин, диклофенак, вольтарен, індометацин). Ці препарати дають ускладнення на ШКТ (виразки), тому вживають їх після їжі, розтерті до порошку, запиваючи великою кількістю лужної рідини (молоком). Під контролем ЗАК.
10. Вітамінотерапія, особливо групи В (10 днів).
11. Седативні (валеріана, барбовал).
12. Симптоматичне лікування.
13. Лікування ускладнень.

Профілактика:

□ Первинна:

- Заходи, спрямовані на підвищення імунітету (загартовування, режим праці-відпочинку, санаторії);
- Ліквідація хронічних вогнищ інфекції.

□ Вторинна:

- Попередження рецидивів – Біцелін-5 цілий рік в/м 1 раз/місяць. Біцелінопрофілактиці підлягають усі хворі, які перенесли ревматизм протягом останніх 5 років.
- У разі наявності у хворих на ревматизм – ГРВІ, грипу, ангіни – застосовується поточна профілактика, тобто призначення пеніциліну і не стероїдних препаратів.



Біцилін

У нашій країні за останніх 25 років захворюваність і смертність знизилася більш ніж в 3 рази. Наприклад, проспективне 10-річне вивчення первинної захворюваності ревматизмом показало її зниження з 0,54 на 1000 дитячого населення в 1970 р. до 0,18 в 1979 р. Проте поширеність ревматичних вад серця все ще залишається високою (1,4%), що пов'язане з накопиченням таких хворих в старших вікових групах за рахунок збільшення тривалості життя і зниження смертності.

Ключові характеристики великих і малих клінічних проявів (критеріїв) РЛ

Артрит	Найчастіший великий критерій РЛ, вражає великі суглоби (найчастіше — коліна і гомілковостопні); поліартрит має мігруючий асиметричний характер, дуже болісний; швидко покращується при лікуванні нестероїдними протизапальними препаратами (НПЗП)
Ревматична хорея	Нечастий критерій, трапляється переважно у дівчаток підліткового віку; проявляється у вигляді дрібних посіпувань і некоординованих рухів, вражає обличчя, язик, стопи, кисті; проходить уві сні. Всім хворим із хореєю необхідне проведення ехоКГ
Кардит	Клінічно найчастіше проявляється систолічним шумом на верхівці серця +/- сердньодіастолічний або ранній діастолічний шум на основі серця при аускультатії по лівій парастернальній лінії
Ревматичні вузлики	Рідкісний, але високоспецифічний прояв, практично завжди поєднується із кардитом; проявляється безболісними рухливими щільними округлими утвореннями під шкірою над суглобами, у скальпі, ахілловому сухожиллі
Кільцевидна еритема	Досить нечастий на сучасному етапі, але високоспецифічний прояв у вигляді безболісної еритематозної яскраво-червоної висипки зі світлим центром на тулубі й кінцівках; не супроводжується свербінням
Підвищені гострофазові лабораторні показники запалення	ШОЕ ≥ 30 мм/год і СРБ ≥ 30 мг/л є діагностичним критерієм (рівень доказовості: D); рівень СРБ підвищується і знижується швидше, ніж рівень ШОЕ
Артралгія	Болючість суглобів без об'єктивних ознак запалення при огляді (того ж характеру, що і артрит)
Лихоманка	Підвищення температури тіла, визначене у роті чи у прямій кишці, що перевищує 38 °С (при огляді або в анамнезі цього захворювання) є діагностичним критерієм
ЕКГ	Вікова норма тривалості інтервалу P–R: 3–12 років $\leq 0,16$ с, 12–16 років $\leq 0,18$ с; ≥ 17 років $\leq 0,2$ с. При виявленні подовженого інтервалу P–R необхідно повторити ЕКГ через 1–2 міс, у разі його нормалізації — найбільш вірогідно, що пацієнт переніс РЛ
Докази перенесеної стрептококової інфекції	На момент розвитку РЛ лише 10–11% мають позитивний результат посіву з горла на БГСА, тому основним методом підтвердження стрептококової інфекції є визначення антистрептококових антитіл (АСЛ-О, антиДНКазі В); АСЛ-О залишається підвищеним протягом 4–6 тиж, антиДНКазі В — 6–8 тиж після перенесеної інфекції. Підвищений титр хоча б одного виду антистрептококових антитіл є діагностичним критерієм РЛ. При нормальному значенні першого аналізу необхідно повторити дослідження через 2 тиж

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ (Т.Д.Джонс, 1944; Американська асоціація кардіологів, 1992)

• Великі критерії:

- кардит
- поліартрит
- мала хорея
- кільцеподібна еритема
- підшкірні ревматичні вузлики

• Малі критерії: а) клінічні:

- попередній ревматизм або ревматична хвороба серця
- артралгії
- лихоманка

б) параклінічні:

- показники гострої фази запалення
- швидкість зсідання еритроцитів;
- С-реактивний білок, лейкоцитоз;
- подовження інтервалу P-R на ЕКГ

• Дані, що підтверджують стрептококову інфекцію:

- підвищення титрів антистрептококових антитіл (АСЛ-О) або
- висів із зіву стрептококів групи А або
- позитивний швидкий тест на стрептококовий антиген.

Лабораторні й Інструментальні дослідження

- Підвищення ШОЕ (>20 мм/год);
- Підвищення С-реактивного білка (> 2 норм або >30 мг/л);
- Підвищення титрів антистрептококових антитіл АСЛ-0 (>240 од.Тодда);
- Підвищення титрів антидезоксирибонуклеази В (>640 од.Тодда);
- Лейкоцитоз

ЕКГ: Подовження інтервалу РR вперше виявлене при відсутності інших причин:

- Порушення провідності (блокади);
- Зміщення інтервалу ST;
- Інверсія зубця Т та ін.

Ехокардіографія - для діагностики клапанної патології серця і перикардиту.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Наказ 362 від 19.07.2005 р.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

(Т.Д.Джонс, 1944, переглянуті Американською асоціацією кардіологів і рекомендовані ВООЗ, 1992)

Великі критерії:

- кардит
- поліартрит
- мала хорея
- кільцеподібна еритема
- підшкірні ревматичні вузлики

Малі критерії:

а) Клінічні:

- попередній ревматизм або ревматична хвороба серця
- артралгії
- лихоманка

б) Параклінічні:

- показники гострої фази запалення
- швидкість зсідання еритроцитів;
- С-реактивний білок, лейкоцитоз;
- Подовження інтервалу P-R на ЕКГ

Дані, що підтверджують стрептококову інфекцію:

- підвищення титрів антистрептококових антитіл
- висів із зівів стрептококів групи А
- нещодавно перенесена скарлатина

Наявність 2 великих критеріїв і ознак перенесеної стрептококової інфекції або 1 великого, 2 малих і ознак попередньої стрептококової інфекції дозволяє поставити діагноз ревматичної лихоманки.

ЛІКУВАННЯ

1-й етап - стаціонар. Усім пацієнтам із гострою ревматичною лихоманкою показана госпіталізація із виконанням постільного режиму протягом перших 2-3 тижнів захворювання з подальшим поступовим розширенням рухового режиму, призначення дієти, що містить достатню кількість повноцінних білків із обмеженням прийому хлориду натрію, рідини, збільшенням вмісту калію, магнію та вітамінів в раціоні.

- Етіотропна терапія здійснюється бензилпеніциліном впродовж 10 - 14 діб із наступним переходом на використання дюрантних форм препаратів - біциліну-5 або бензатин бензилпеніциліну. Біцилін -5 призначається на 2 тижні внутрішньом'язово.

У випадках алергічних реакцій на препарати пеніциліну показано призначення макролідів.

- Патогенетичне лікування - нестероїдні протизапальні препарати (ацетилсаліцилова кислота, індометацин, диклофенак натрію, німесулід та ін.). -

- При тяжкому кардиті - преднізолон 2-4 тижня з поступовою його відміною та послідуєчим переходом на аспірин.

- При наявності симптомів недостатності кровообігу - відповідна терапія.

- При лікуванні хореї - спокій, тишина, за показаннями фенобарбітал, препарати брома, інші засоби за призначенням невролога.

2-й етап курації хворого передбачає направлення в спеціалізований ревматологічний санаторій або в поліклініку для продовження лікування, що розпочато у стаціонарі.

3-й етап - здійснюється диспансерне спостереження та проводяться профілактичні заходи.

Вторинна профілактика - попередження рецидивів і прогресування захворювання із формуванням нових пороків - здійснюється в умовах диспансерного нагляду шляхом регулярного введення пролонгованих пеніцилінів - біциліну-5 або бензатин бензилпеніциліну. Якщо у хворого є алергія на пеніциліни, вторинна профілактика здійснюється макролідами циклами по 10 днів кожного місяця.

При сформованій ваді серця - вторинна профілактика ревматизма проводиться позитивно.



Дякую за увагу!

