Казахский Национальный Медицинский Университет имени Асфендиярова С.Д.

СРС

на 1 тему

«Ревматическая лихорадка»

Вариант 6

«Программа лечения ОРЛ»

Факультет: Общая медицина
Группа: 57-2
Студент: Есетова Г.А.
Преподаватель: Машкунова О.В.

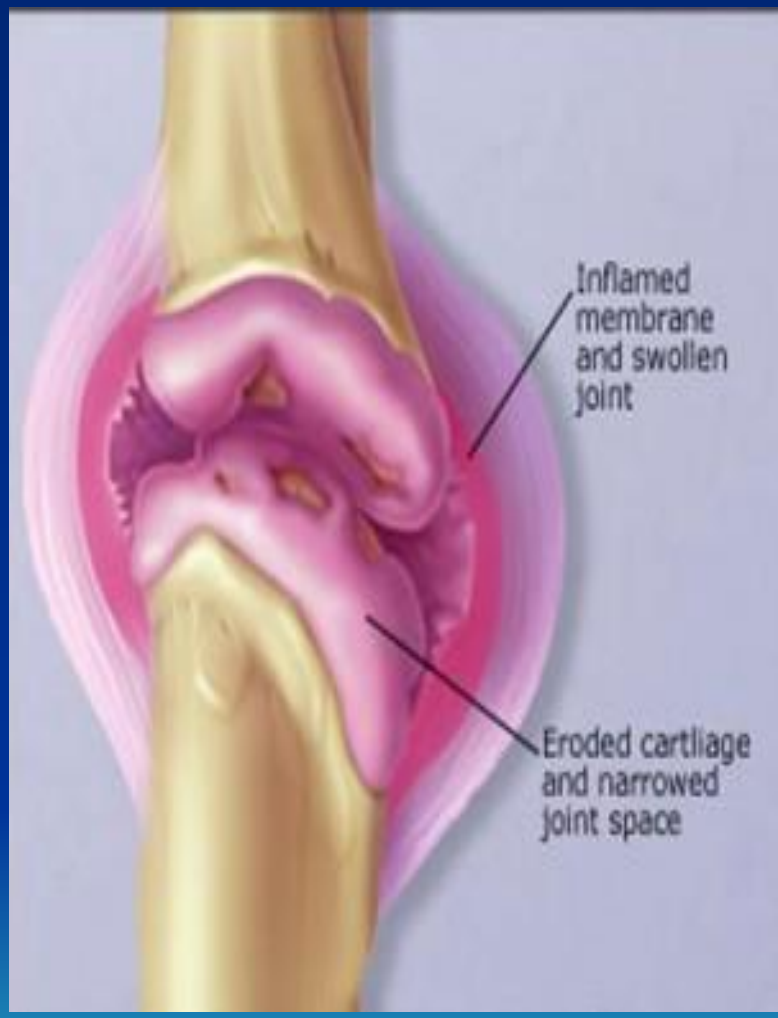
Алматы-2015

План:

1. Введение
2. Тактика введения
3. Лекарственная терапия
4. Профилактика
5. Литература

Введение

- Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ) — постинфекционное осложнение тонзиллита (ангины) или фарингита, вызванных β-гемолитическим стрептококком группы А , в виде системного воспалительного заболевания соединительной ткани с преимущественной локализацией в сердечно-сосудистой системе (кардит), суставах (мигрирующий полиартрит), мозге (хорея) и коже (кольцевидная эритема, ревматические узелки). ОРЛ развивается, как правило, у предрасположенных лиц, главным образом молодого возраста (7–15 лет), в связи с аутоиммунным ответом организма на антигены стрептококка и их перекрестной реактивностью со схожими аутоантигенами перечисленных поражаемых тканей человека (феномен молекулярной мимикрии).



Тактика лечения

- Лечение ревматизма проводят в 3 этапа
  • При острой ревматической лихорадке показана госпитализ ация При подозрении на ревмокардит обязателен постельный режим. Основа лечения - противовоспалительные средства
  • Второй этап - восстановительное лечение в условиях мест ного специализированного реабилитационногоцентра (санат ория). Контролируют приём НПВС, назначают препараты, у лучшающие метаболизм миокарда. Периодически проводят исследование крови, ЭКГ и эхокард иографию (по показаниям)
  • Третий этап - диспансерное наблюдение у лечащего врача или в ревматологическом центре(диспансере) и профилакти ческие мероприятия (в т.ч. и антибиотико-профилактика).

Лекарственная терапия

- Бензилпенициллина натриевая соль 300 000 ЕД в/м ка ждые 4ч в течение 10 дней, затем ежемесячноевведен ие бициллина-5 по 1,5 млн ЕД в течение 3 лет. При нал ичии противопоказаний к назначениюпенициллина при меняют эритромицин по 0,25 г 4 р/сут или клиидамицин 0,3 г 3 р/сут в течение 10 дней.
- НПВС в течение 3,5-4 мес (во время лечения необход имо периодически проводить исследования крови, мочи, функциональные пробы печени)
- Аспирин (ацетилсалициловая кислота)
— взрослым: по 1 г 3-4 р/сут; детям и подросткам — в начальнойдозе 60 мг/кг/сут в 4 приёма; если через ден ь нет улучшения, дозу повышают до 90 мг/кг/сут, в пос ледующиедни — до 120 и 180 мг/кг/сут (можно приним ать в 5-6 приёмов). При появлении симптомов интоксик ации(шум в ушах, головная боль, одышка) или снижаю т дозу, или отменяют препарат
- Индометацин по 50 мг 3 р/сут
- Диклофенак натрий (ортофен) по 50 мг 3 р/сут.

Лекарственная терапия

Назначение глюкокортикоидов наиболее обосновано при тяжёлом кардите, особенно с симптомами сердечной недостаточности. Одна из схем лечения — п реднизолон 40-80 мг/сут (0,5-2 мг/кг/сут) каждые 6 или 12 ч; при сохранении воспалительного процесса через 2 дня суточную дозу повышают до 120-160 мг и принимают её до сохранения нормальных показателей СОЭ в течение 1 нед; после чего дозу снижают в 2 раза в течение недели, а затем на 5 мг каждые 2 дня. Для профилактики обострения во время отмены преднизолона и 2 нед после прекращения его приёма назначают лечебную дозу аспирина.

Лекарственная терапия

- При хорее может возникнуть необходимость в назначении галоперидола.
- Беременность.
  Активация ревматического процесса наиболее вероятна в периоды 32-38 нед беременности и на 5-7 сут после родов.

Профилактика

- Профилактика показана пациентам, перенёсшим острую ревматическую лихорадку, с целью предотвращения рецидивов. Наилучшие результаты даёт круглогодичная бициллинопрофилактика(бициллин-5 500000 ЕД 1 раз в 3-4 недели в/м). Длительность вторичной профилактики — не менее 5 лет пос ле последней достоверной ревматической атаки. Больных предупреждают, что при проведении каких-либо хирургических вмешательств (экстракция зуба, аборт, полостные операции) необходимо профилактическое назначение антибиотиков.

Первичная профилактика

- Программа предупреждения ОРЛ и повторных атак заболевания включает в себя первичную и вторичную профилактику.
- Первичная профилактика состоит в следующем.
- 1. Мероприятия, направленные на повышение уровня естественного иммунитета и адаптационных возможностей организма по отношению к неблагоприятным условиям внешней среды (раннее закаливание; полноценное, богатое витаминами питание; максимальное пребывание на свежем воздухе; занятия физкультурой и спортом; борьба со скученностью в жилищах, детских дошкольных учреждениях, школах, училищах, вузах, общественных учреждениях; санитарно-гигиенические мероприятия, снижающие возможность стрептококкового инфицирования коллективов, особенно детских).
-

Первичная профилактика

- 2. Своевременное и эффективное лечение острой и хронической рецидивирующей БГСА-инфекции глотки — тонзиллита (ангина) и фарингита.
- В типичных случаях острый БГСА-тонзиллит характеризуется острым началом с повышением температуры до 37,5—39°С, познабливанием или ознобом, головной болью, общим недомоганием, болью в горле, усиливающейся при глотании, нередко наблюдаются артралгии и миалгии. Развернутая клиническая картина появляется, как правило, на 2-е сутки заболевания, когда общие симптомы достигают максимальной выраженности. При осмотре выявляется покраснение небных дужек, язычка, задней стенки глотки. Миндалины гиперемированы, отечны, часто с гнойным желтовато-белым налетом. Он рыхлый, пористый, легко удаляется шпателем с поверхности миндалин без кровоточащего дефекта. У всех больных отмечаются уплотнение, увеличение и болезненность при пальпации шейных лимфатических узлов на уровне угла нижней челюсти (регионарный лимфаденит). В анализах крови — лейкоцитоз (9—12-10'/л), сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ (иногда до 40—50 мм/ч), появление СРБ. Длительность периода разгара болезни (без лечения) — 5—7 дней. В дальнейшем при отсутствии осложнений основные клинические проявления болезни (лихорадка, симптомы интоксикации, воспалительные изменения в миндалинах) быстро исчезают, нормализуется картина периферической крови. Симптомы регионарного лимфаденита могут сохраняться до 10—12 дней.
-

Вторичная профилактика

Длительность вторичной профилактики (которую следует начинать еще в стационаре) для каждого пациента индивидуальна и в соответствии с рекомендациями ВОЗ определяется наличием факторов риска повторных атак ОРЛ. К этим факторам относятся:

- возраст больного;
- наличие ХРБС;
- время от момента первой атаки ОРЛ;
- число предыдущих атак;
- фактор скученности в семье;
- семейный анамнез, отягощенный по ОРЛ/ХРБС;
- социально-экономический и образовательный статус больного;
- риск стрептококковой инфекции в регионе;
- профессия и место работы больного (школьные учителя, врачи, лица, работающие в условиях скученности).

Вторичная профилактика

Длительность вторичной профилактики должна составлять:

- для лиц, перенесших ОРЛ без кардита (артрит, хорея), — не менее 5 лет после последней атаки или до 18-летнего возраста (по принципу «что дольше»);
- в случаях излеченного кардита без формирования порока сердца — не менее 10 лет после последней атаки или до 25-летнего возраста (по принципу «что дольше»);
- • для больных с пороком сердца (в том числе пос ле операции) — пожизненно.

Литература

1. Насонова В.А., Астапенко М.Г. «Клиническая ревматология. Руководство». М.: Медицина. - 1989.
2. Вернон-Робиртс Б. «Клиническая ревматология». М.: Медицина. - 1990.
3. «Ревматические болезни: критерии диагностики и программы лечения». Под.ред. Коваленко В.М.; К.: Комполис – 1999
4. Тареев Е.М., Сумароков А.В. «Внутренние болезни» .Т.2, М.: Медицина. 1993.