

Лекция:
РЕВМАТИЗМ
РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Термин ревматизм- это острая ревматическая лихорадка (ОРЛ) и ревматическая болезнь сердца

орл- инфекционно-аллергическое заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением сердца и суставов, развивающееся у генетически предрасположенных к нему лиц, вследствие инфицирования β -гемолитическим стрептококком группы А.

КОВАРСТВО БОЛЕЗНИ

1. Рецидивирующее и прогрессирующее течение, преобладающий возраст -8-15 лет.
2. Формирование клапанных пороков сердца
3. Развитие хронической сердечной недостаточности

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Заболеваемость ревматизмом в России среди детей - **0,02%**
- Частота ревматических пороков сердца в России - **0,17%**
- В последние годы наблюдается **“возрождение”** болезни

ЭТИОЛОГИЯ

**β-гемолитический стрептококк группы А,
«ревмогенные» серотипы М3,5,18,24**

Доказательства:

1. Хронологическая **связь** ревматизма с **перенесенной** стрептококковой **инфекцией** (ангина, фарингит, скарлатина и др.)
2. У 100% больных в первые 2 недели болезни **стрептококк высеивается из зева**
3. В крови больных выявляются **противострептококковые антитела**
4. Эффективность **бициллинопрофилактики**

ФАКТОРЫ ВИРУЛЕНТНОСТИ СТРЕПТОКОККА

- 1. M-протеин на клеточной мембране стрептококка** имеет антигенное сходство с компонентами сердечной мышцы, мозга и синовиальных оболочек. **Ферменты**, обладающие кардиотоксическим действием и свойствами антигенов

АНТИГЕННЫЕ СВОЙСТВА ТОКСИНОВ СТРЕПТОКОККА

Ферменты:

1. Стрептолизин O
2. Стрептолизин S
3. Стрептокиназа
4. Гиалуронидаза
5. Дезоксирибонуклеаза

Антитела:

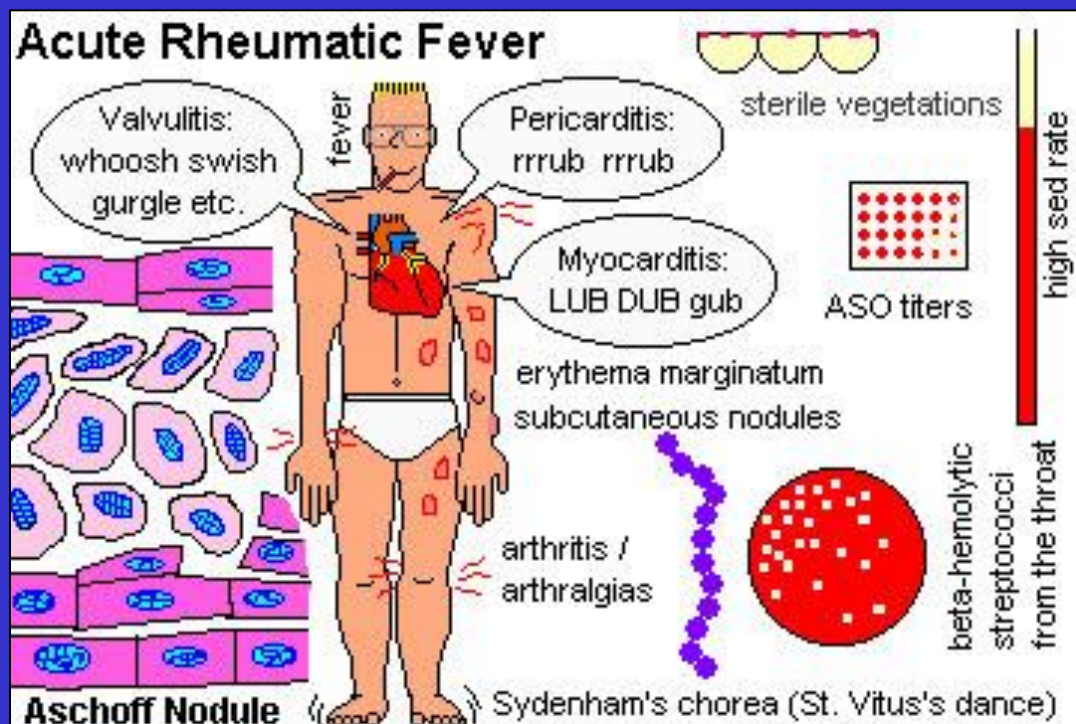
1. АСЛ-O
2. АСЛ-S
3. АСК
4. АСГ
5. Анти-ДНКаза

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ

1. Наследование определенного аллоантигена В-лимфоцитов
2. Семейная отягощенность по ревматизму
3. Общность фенотипа HLA, в частности группы В- лимфоцитов

ДЛЯ РЕВМАТИЗМА ХАРАКТЕРНО!

- Начало болезни через 2-3 недели после стрептококковой носоглоточной инфекции
- Пик заболеваемости – у детей в 5-15 лет



ПАТОГЕНЕЗ РЕВМАТИЗМА

1. Образование противострептококковых антител
2. Формирование иммунных комплексов –
Антиген + антитело + комплемент (ИК)
3. Повреждение тканей сердца, суставов ИК.
Длительное иммунное воспаление. М-протеин
обладает свойствами «суперантигена» и
вызывает активацию Т-и В- лимфоцитов.

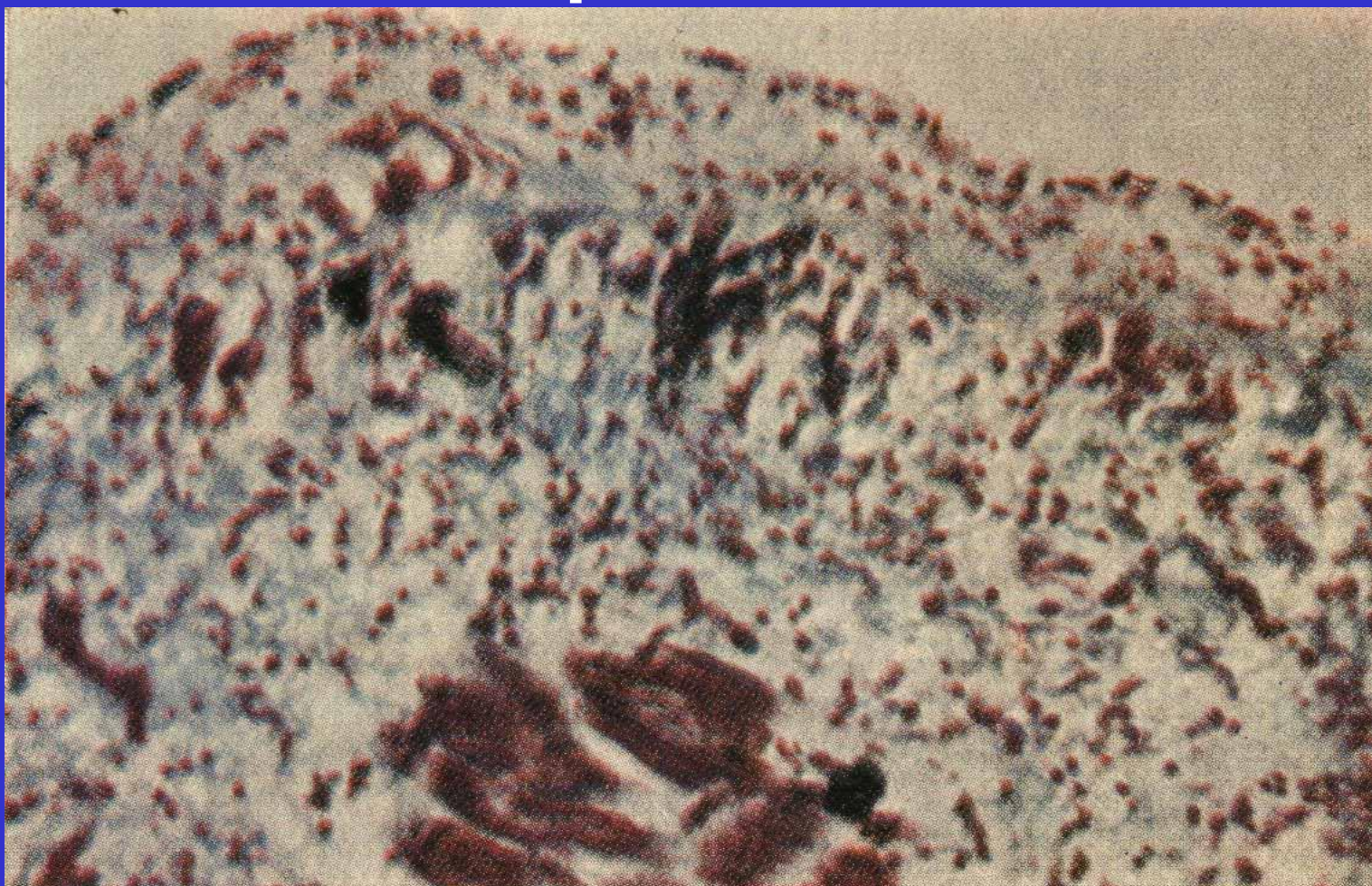
ПАТАНАТОМИЯ РЕВМАТИЗМА

4 стадии:

1. Мукоидного набухания (обратимая)
2. Фибриноидного некроза
3. Образования ашоф-талалаевских гранулем
4. Склероза

Продолжительность цикла - 6 месяцев

**Цепочка ревматических гранул в
утолщенном отечном эндокарде с участками
фибриноидного набухания коллагеновых
пучков. Окраска азановым методом**



СРОКИ ФОРМИРОВАНИЯ ПОРОКОВ СЕРДЦА

1. Недостаточность митрального клапана -
через 6 месяцев после атаки
2. Митральный стеноз - через 2 года
3. Аортальные пороки - еще позднее

СОВРЕМЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ

Ассоциация ревматологов России
(АРР) 2003

Клинические варианты:

- Острая ревматическая лихорадка
- Повторная ревматическая лихорадка

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ

Основные:

- Кардит
- Артрит
- Хорея
- Кольцевидная эритема
- Ревматические узелки

Дополнительные:

- Лихорадка
- Артралгии
- Абдоминальный
- синдром
- Серозиты

ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ

1. **Острое** (длительность атаки не более 2-3 месяцев)
2. **Подострое** (3-6 месяцев)
3. **Затяжное** (6-12 месяцев)
4. **Рецидивирующее** (волнообразное течение)
5. **Латентное**

НАЛИЧИЕ СН СН-0, СН-I ст., СН-IIА,
СН-IIБ, СН-III

ИСХОДЫ

- Выздоровление
- **Хроническая ревматическая болезнь сердца:**
 - без порока сердца
 - с пороком сердца

БОЛЬШИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РЕВМАТИЗМА

(Кисель, Джонс, Нестеров, 1940)
(ВОЗ, 1992)

1. Кардит
2. Полиартрит
3. Хорея
4. Кольцевидная эритема
5. Подкожные ревматические узелки

МАЛЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РЕВМАТИЗМА

1. Клинические:

- лихорадка (38,0 и более), артралгия
- предшествующая ревматическая лихорадка или наличие порока сердца

2. Лабораторные:

- лейкоцитоз, повышение СОЭ более 20 мм/час
- СРБ ++
- удлинение интервала P-Q на ЭКГ более 0,2 сек

ДОСТОВЕРНОСТЬ ДИАГНОЗА

- 2 больших критерия + дополнительные признаки
- 1 большой + 2 малых + дополнительные признаки

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Возникает чаще в школьном возрасте
- Через 2-3 недели после ангины
- Повышается температура тела, появляются основные признаки ревматизма – абсолютный симптомокомплекс болезни (А.А. Кисель):
 - полиартрит
 - ревмокардит
 - хорея
 - кольцевидная (аннулярная) эритема
 - подкожные ревматические узелки

РЕВМОКАРДИТ

- Эндокардит (вальвулит) – изменение тонов сердца, появление шумов, формирование порока сердца
- Перикардит – расширение границ сердечной тупости, глухость тонов сердца, шум трения перикарда
- Миокардит – тахикардия (реже брадикардия), одышка, изменение тонов сердца
- На ЭКГ - удлинение интервала PQ

КАРДИТ (у 100%) может быть
первичным (первая атака) и
возвратным (повторные атаки)

- 1. Жалобы:** колющие, ноющие боли в сердце, одышка, сердцебиение, перебои в работе сердца
- 2. Перкуторно:** небольшое расширение границ сердца из-за поражения миокарда
- 3. Аускультативно:** приглушенность тонов сердца, тахикардия в покое, аритмии
. экстрасистолия, систолический шум на верхушке

ПОЛИАРТРИТ (у 80%)

1. Поражение преимущественно крупных суставов (чаще всего коленных)
2. Симметричность поражения
3. Летучий характер
4. Полное обратимость суставного синдрома без остаточной деформации

МАЛАЯ ХОРЕЯ возникает у 10-15%, чаще у девочек, через 1-2мес. после перенесенной ,стрептококковой инфекции

1. Непроизвольные движения (гиперкинезы) мимической мускулатуры, мышц туловища, конечностей
2. Мышечная гипотония
3. Нарушения почерка и походки
4. Психоэмоциональная лабильность
5. Сосудистая дистония

ПОДКОЖНЫЕ РЕВМАТИЧЕСКИЕ УЗЕЛКИ (у 10%)

Небольшие (с горошину)
безболезненные образования в
периартикулярных тканях – на
разгибательной поверхности
суставов, в области лодыжек,
затылочной области и др.

Цикл развития – 2-4 недели



КОЛЬЦЕВИДНАЯ ЭРИТЕМА (у 5%)

Бледные розовато-красные пятна до 5-7 см в диаметре, с четкими краями, не зудящие, локализующиеся на коже внутренней поверхности конечностей, шеи и туловища (но не на лице)

Имеют транзиторный мигрирующий характер

ДЕМОНСТРАЦИЯ КОЛЬЦЕВИДНОЙ ЭРИТЕМЫ



**Ревматические
узелки и аннулярная
сыпь на ногах**



ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ

- **ОАК** - нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево
- **Б/х анализ** - увеличение α -2 и γ -глобулинов, фибриногена, сиаловых кислот, серомукоидов, появление СРБ, повышение титров противострептококковых антител до 1:250 и более

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

1. **ЭКГ** - тахикардия, экстрасистолия, замедление а-в проводимости и др., снижение вольтажа зубцов, нарушения реполяризации
2. **ФКГ** - ослабление I тона, систолический шум на верхушке
3. **ЭХО КГ** – снижение фракции выброса, пролапс митрального клапана

РЕВМАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА -

заболевание, характеризующееся поражением сердечных клапанов в виде поствоспалительного краевого фиброза клапанных створок или порока сердца (недостаточность и/или стеноз), сформировавшегося после перенесенной ОРЛ.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

I. С инфекционно-аллергическим миокардитом:

- развивается в разгар инфекции
- не характерно развитие пороков сердца
- отсутствие суставного синдрома

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

В. С ревматоидным артритом:

- характерно поражение мелких суставов
- стойкая деформация суставов
- утренняя скованность
- ревматический фактор в крови
- формирование пороков сердца нехарактерно

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

4. С инфекционным эндокардитом:

- лихорадка, ознобы, профузный пот
- увеличение печени, селезенки
- бледность кожи, петехии
- первоначальное поражение аортального клапана, вегетации на клапанах при ЭХО КГ
- тромбозэмболические явления

ЛЕЧЕНИЕ

3 этапа:

I: лечение активной фазы в стационаре (постельный режим, диета, богатая витаминами)

II: лечение в пригородном санатории или ревматологическом кабинете поликлиники

III: диспансерное наблюдение и профилактическое лечение в поликлинике

ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ

- 1. Бензилпенициллин** 1,5-4 млн ЕД в сутки в мышцу 10-14 дней, затем бициллин-5 по 1,5 млн ЕД 1 раз в 4 недели или ретарпен 1,2-2,4 млн ЕД 1 раз в 3 недели
- 2. Амоксициллин** per os 1-1,5 г в сутки 10 дней
- 3. Цефазолин** по 1,0 в мышцу 2 раза в день
- 4. Кларитромицин** по 0,25 per os 2 раза 10 дней
- 5. Эритромицин** 0,25 4 раза в день 10 дней

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

- 1. НПВС** - в течение стадии мукоидного набухания (1,5-2 месяца)
 - ацетилсалициловая кислота – по 1,0 4-5 раз в сутки
 - вольтарен (ортофен) – по 25-50 мг 3-4 раза в день
 - индометацин – по 25-50 мг 3-4 раза в день
 - найз – по 0,1 2 раза в день
- 2. ГКС** - преднизолон по схеме с 20-30 мг в сутки
- 3.** С целью иммуносупрессии – **делагил** по 0,25 1-2 раза в сутки до 6-12 месяцев

СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Метаболические средства - панангин, аспаркам, рибоксин, кокарбоксилаза, предуктал

Дезагреганты - курантил

Сердечные средства - сульфамфоксаин, сердечные гликозиды, корвалол и др.

ПРОФИЛАКТИКА ПЕРВИЧНАЯ у здоровых

- рациональное лечение стрептококковой инфекции в течение 10 дней
- оздоровительные мероприятия, особенно у лиц риска

ПРОФИЛАКТИКА ВТОРИЧНАЯ

у больных, перенесших РЛ

- **Сезонная** - 5 лет, весной и осенью 6 -8 недель инъекции бициллина-5 и НПВС в 1/2 лечебной дозы
- **Круглогодичная** – инъекции ретарпена 1,2-2,4 млн ЕД 1 раз в 3 недели + 6-8 недель весной и осенью НПВС в 1/2 лечебной дозы
- **Текущая** - бициллин-5 и НПВС после стрептококковых инфекций и в других ситуациях риска в любое время года

Детский санаторий «Салют»

