



РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА



Выполнила: Ботан Сымбат

Курс: VI

Группа: 609-2

Алматы 2016

ПЛАН

I. Введение

II. Основная часть

-Ревматическая лихорадка (ревматизм)

-Этиология

-Патогенез

-Морфологические стадии Ревматического процесса

-Клиническая картина

-Критерии диагностики

-Тактика лечения

III. Заключение

Ревматическая лихорадка (ревматизм)-

системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественной локализацией процесса в сердечно-сосудистой системе, развивающееся в связи с инфекцией В-гемолитическим стрептококком группы А у лиц, главным образом молодого возраста (7-15 лет), предрасположенных к нему

□ **Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ) –**

постинфекционное осложнение тонзиллита (ангины) или фарингита, вызванных β -гемолитическим стрептококком группы А (БГСА), 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), развивающееся у предрасположенных лиц, главным образом, молодого возраста (7–15 лет), в связи с аутоиммунным ответом организма на антигены стрептококка и перекрестной реактивностью со схожими аутоантигенами поражаемых тканей человека

ЭТИОЛОГИЯ

β- гемолитический стрептококк группы А

Для возникновения РЛ важно сочетание:

- **острой стрептококковой инфекции**
- **генетической предрасположенности к ревматизму**
- **факторов, увеличивающих риск развития ревматизма: недостаточно эффективное лечение инфекции, климатические условия, особенности возбудителя, скученность людей, пол и возраст пациента**

ПАТОГЕНЕЗ

Роль стрептококка в патогенезе РЛ:

- Непосредственное воздействие возбудителя на ткани сердца
- Токсическое воздействие стрептококковых экзотоксинов на ткани человека
- «Ненормальный» иммунный ответ на один или несколько компонентов стрептококка или на экзотоксины стрептококка

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СТАДИИ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

1. Мукоидное набухание
2. Фибриноидные изменения
3. Гранулематозная реакция:
 - a) фаза становления гранулемы
 - b) «цветущая», зрелая гранулема
 - c) «увядающая» , рубцующаяся гранулема
4. Склеротическая стадия.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- ❑ Клинические проявления развиваются через 2-4 недели после острой стрептококковой инфекции (реальный риск предполагается у 2% популяции)
- летучесть болей,
- припухлость крупных суставов и/или резчайшие мигрирующие полиартралгии,
- вовлечение в процесс крупных суставов: коленных, локтевых, голеностопных и лучезапястных,
- отсутствие изменений костных и мягких тканей суставов после завершения атаки,
- существование полиартрита без кардита возможно, но сомнительно.
- У подростков возможно поражение мелких периферических суставов кистей и стоп.

КЛАССИФИКАЦИЯ

- **1. Клинические формы: острая ревматическая лихорадка, повторная ревматическая лихорадка**
- **2. Клинические проявления:**
 - Основные: кардит, артрит, хорея, кольцевидная эритема, ревматические узелки
 - Дополнительные: лихорадка, артралгии, абдоминальный синдром, серозиты
 -
- **3. Исходы**
 - Выздоровление
 - Хроническая ревматическая болезнь сердца
 - Без порока сердца
 - С пороком сердца
- **4. Недостаточность кровообращения**
 - По классификации Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко
 - По классификации NYHA

Rheumatic fever-diagnosis





1. Кардит – ведущий синдром ОРЛ (90–95% случаев).

Определяет тяжесть течения и исход заболевания.

Основополагающим компонентом кардита считается **вальвулит**, преимущественно – митрального, реже – аортального клапана, проявляющийся соответствующим органическим сердечным шумом, возможно, в сочетании с миоперикардитом.

Симптомы ревматического вальвулита:

- дующий связанный с I тоном систолический шум на верхушке сердца (митральная регургитация);
- непостоянный низкочастотный мезодиастолический шум в этой же области
- высокочастотный убывающий протодиастолический шум, выслушиваемый вдоль левого края грудины (аортальная регургитация).

Важнейшая особенность вальвулита при первой атаке ОРЛ – четкая положительная динамика под влиянием активной антиревматической терапии.

2. Ревматический полиартрит (60–100% случаев).

Мигрирующий полиартрит преимущественно крупных и средних суставов (коленных, голеностопных, реже – локтевых, плечевых, лучезапястных).

- Отличается быстрой полной регрессией воспалительных изменений в суставах под влиянием противовоспалительной терапии.
- В 10–15% случаев выявляется только артралгия (мигрирующая боль в крупных суставах различной интенсивности), которая в отличие от артрита не сопровождается болезненностью при пальпации и другими симптомами воспаления

3. Ревматическая хорея (малая хорея, хорея Сиденхама).

Диагностируется в 6–30% случаев, преимущественно у детей, редко у подростков. Чаще отмечается у девочек и девушек.

Основные клинические проявления:

- 1) хореические гиперкинезы
- 2) мышечная гипотония (вплоть до дряблости мышц с имитацией параличей)
- 3) расстройства статики и координации
- 4) сосудистая дистония
- 5) психоэмоциональные нарушения (неустойчивость настроения, раздражительность, плаксивость и т.д.).

Малая хорея, как правило, сочетается с другими клиническими синдромами ОРЛ (кардит, полиартрит).

4. Кольцевидная (аннулярная) эритема.

Наблюдается у 4–17% больных детей на высоте атаки ОРЛ.

Характеристика:

- бледно–розовые кольцевидные высыпания
- d от нескольких мм до 5–10 см
- преимущественная локализация на туловище и проксимальных отделах конечностей (но не на лице!)
- транзиторный мигрирующий характер,
- не возвышается над уровнем кожи,
- не сопровождается зудом или индурацией,
- бледнеет при надавливании,
- быстро исчезает без остаточных явлений (пигментаций, шелушения, атрофических изменений).

КОЛЬЦЕВИДНАЯ (АННУЛЯРНАЯ) ЭРИТЕМА



35



36

5. Подкожные ревматические узелки.

Наблюдаются редко (1–3%).

Характеристика:

- округлые плотные малоподвижные безболезненные образования различных размеров
- локализация на разгибательной поверхности суставов, в области лодыжек, ахилловых сухожилий, остистых отростков позвонков, затылочной области *gallea aponeurotica*
- цикл обратного развития от 2 недель до 1 месяца.



ПОРАЖЕНИЕ ЦНС ПРИ РЛ

Малая хорея (у детей и подростков).

◆ **Церебральный васкулит (у старших подростков и взрослых).**

◆ **Менингоэнцефалит, ревматическая энцефалопатия**

◆ **PANDAS – детские аутоиммунные нейропсихические нарушения, ассоциированные со стрептококковой инфекцией**

Малая хорея (хорея Сиденгама, St. Vitus dance)

- ◆ **Развивается у 15% детей и 25% взрослых**
- ◆ **Чаще у девочек**
- ◆ **Связана с поражением подкорковых ядер головного мозга, формирующих стриатум (полосатое тело).**

«Пентада» малой хореи.

- ◆ Хореический гиперкинез мышц лица, шеи, конечностей, туловища
- ◆ Мышечная дистония с преобладанием гипотонии, вплоть до дряблости мышц, имитирующей паралич.
- ◆ Статокоординационные нарушения.
- ◆ Явления сосудистой дистонии.
- ◆ Психопатологические явления.

ДИАГНОСТИКА

- **ОАК**
- **ОАМ**
- **Определение Ле-клеток по показаниям**
- **Коагулограмма по показаниям**
- **Определение общего белка**
- **Определение белковых фракций**
- **Определение С-реактивного белка**
- **ЭКГ**
- **Определение стрептокиназы**
- **ЭХОКГ**

ЛЕЧЕНИЕ

- Этапное
- Комплексное

Активный ревматизм – показание для госпитализации

Кардит – строгий постельный режим 2-3 недели (до 3-х месяцев)

Критерии расширения двигательного:

- Положительная динамика клинической картины
- Нормализация СОЭ и других лабораторных показателей (“если уровень **СРБ** сохраняется в норме в течение двух недель, больному можно разрешить двигаться при условии, что СОЭ стабилизировалось на уровне ниже 25 мм/час

ЭТИОТРОПНАЯ:

- Препараты группы пенициллинов или цефалоспоринов с последующим переходом на применение бензатина бензилпенициллина (Бициллина-1)
При непереносимости – макролиды или линкозамиды

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ

Нестероидные противовоспалительные средства

- *Ацетилсалициловая кислота – 4 г/сутки (в 4 приема) до 3 месяцев и более*
- *Диклофенак 100-150 мг/сутки 2-3 месяца*
- *Индометацин 75-150 мг/сутки*
- *Ингибиторы ЦОГ-2 (мелоксикам (мовалис) 7,5 мг/сут. нимесулид (нимесил) 100 мг x 2 раза в день)*

Аминохинолиновые производные (?)

- *Плаквенил по 0,2 два раз в сутки*
- *Делагил по 0,25 два раза в сутки в течение 1 месяца, а затем один раз в сутки не менее 1 года.*

Показания; вялое, затяжное, непрерывно рецидивирующее течение, I степень активности

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ:

Глюкокортикоидные гормоны

Преднизолон - 20-30 мг/сутки в течение 10-14 дней, снижение дозы на 2,5 мг в течение 3-4 дней до суточной дозы 10 мг, далее 2,5 мг еженедельно. Весь курс - 1,5-2 месяца

ПОКАЗАНИЯ:

первичный ревмокардит II, III_степени активности

вальвулит

полисерозит и хорея

При возвратном ревмокардите на фоне порока можно назначать триамсинолон 12-16 мг в сутки или дексаметазон 3-3,5 мг в сутки