

**С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ
ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТИ**



**КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА**

Орындаған: Амангельинов Ерлан .

Тобы: ЖМ-14-04-2к

*Одобрено Объединенной комиссией По качеству
медицинских услуг Министерства
здравоохранения и социального развития
Республики Казахстан от «29» сентября 2016
года Протокол №12*

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРАЯ
РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА И
ХРОНИЧЕСКАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ
БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ) — постинфекционное осложнение А-стрептококкового тонзиллита (ангины) или фарингита в виде системного воспалительного заболевания соединительной ткани с преимущественной локализацией в сердечно-сосудистой системе (ревмокардит), суставах (мигрирующий полиартрит), мозге (хорея) и коже (кольцевидная эритема, ревматические узелки), развивающееся у предрасположенных лиц (главным образом, молодого возраста, от 7-15 лет) в связи с аутоиммунным ответом организма на антиген стрептококка и перекрёстной реактивностью со схожими аутоантигенами поражаемых тканей человека (феномен молекулярной мимикрии).

Хроническая ревматическая болезнь сердца (ХРБС) - заболевание, характеризующееся поражением сердечных клапанов в виде поствоспалительного краевого фиброза клапанных створок или порока сердца (недостаточность и/или стеноз), сформировавшихся после перенесённой острой ревматической лихорадки.

Клинические проявления:

- ▶ □ Основные: кардит, артрит, хорея, кольцевидная эритема, ревматические узелки;
- ▶ □ Дополнительные: лихорадка, артралгия, абдоминальный синдром, серозиты.

Исходы:

- ▶ А. Выздоровление;
- ▶ Б. Хроническая ревматическая болезнь сердца :
 - без порока сердца;
 - с пороком сердца.

Недостаточность кровообращения:

- По классификации Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко (стадии 0, I, IIА, IIБ, III);
- По классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации – NYHA (функциональные классы 0, I, II, III, IV).

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ

1) Диагностические критерии: для диагностики ОРЛ применяют критерии Киселя—Джонса, пересмотренные Американской кардиологической ассоциацией.

Большие критерии:

- Кардит;
- Полиартрит;
- Хорея;
- Кольцевидная эритема;
- Подкожные ревматические узелки.

Малые критерии:

- ▶ Клинические: артралгия, лихорадка; 4
- ▶ Лабораторные: увеличение СОЭ, повышение концентрации СРБ;
- ▶ Удлинение интервала P—R на ЭКГ, признаки митральной и/или аортальной регургитации при эхокардиографии;
- ▶ Данные, подтверждающие предшествовавшую БГСА-инфекцию:
 - ▶ 1. Положительная БГСА-культура, выделенная из зева, или положительный тест быстрого определения группового БГСА-Аг.
 - ▶ 2. Повышенные или повышающиеся титры противострептококковых Ат. Наличие двух больших критериев или одного большого и двух малых критериев в сочетании с данными, подтверждающими предшествовавшую БГСА-инфекцию, свидетельствует о высокой вероятности ОРЛ.

Жалобы:

- ▶ повышение температуры тела чаще до субфебрильных цифр;
- ▶ мигрирующие боли, симметричного характера в крупных суставах (чаще всего коленных);
- ▶ перикардальные боли;
- ▶ одышка при обычной физической нагрузке;
- ▶ учащенное сердцебиение;
- ▶ утомляемость, общая слабость;
- ▶ признаки хореи (гиперкинезы - множественные насильственные движения мышц лица, туловища и конечностей, эмоциональная лабильность, изменение поведения). Повторная атака (рецидив) ОРЛ провоцируется БГСА-инфекцией и проявляется преимущественно развитием кардита.

Анамнез:

Дебют ОРЛ в среднем начинается через 2—4 недели после эпизода острой стрептококковой инфекции носоглотки. Внезапно повышается температура до фебрильных цифр, появляются симметричные мигрирующие боли в крупных суставах и признаки кардита (перикардальные боли, одышка, сердцебиение и др.). Чаще у детей наблюдается моносиндромное течение с преобладанием признаков артрита или кардита или — редко — хореи. Столь же остро - по типу «вспышки» ОРЛ развивается у школьников среднего возраста и солдатновобранцев, перенесших эпидемическую БГСА-ангину. Для подростков и молодых людей характерно постепенное начало — после стихания клинических проявлений ангины появляются субфебрильная температура, артралгии в крупных суставах или только умеренные признаки кардита. Повторная атака (рецидив) ОРЛ провоцируется БГСА-инфекцией и проявляется преимущественно развитием кардита.

Физикальное обследование:

Температурная реакция варьирует от субфебрилитета до фебрильной.

Кожный синдром:

- Кольцевидная эритема (бледно-розовые кольцевидные высыпания на туловище и проксимальных отделах конечностей, но не на лице; не сопровождающиеся зудом, не возвышающиеся над поверхностью кожи, не оставляющие после себя следов) — характерный, но редкий (4—17% всех случаев ОРЛ) признак.
- Подкожные ревматические узелки (мелкие узелки, расположенные в местах прикрепления сухожилий в области коленных, локтевых суставов или затылочной кости) — характерный, но крайне редкий (1—3% всех случаев ОРЛ) признак.

Поражение суставов: преобладающая форма поражения в современных условиях — олигоартрит, реже — моноартрит. В патологический процесс вовлекаются коленные, голеностопные, лучезапястные, локтевые суставы. Характерны: доброкачественность, летучесть воспалительных поражений с переменным, часто с симметричным вовлечением суставов. В 10- 15% случаев выявляются полиартралгии, не сопровождающиеся ограничением движений, болезненностью при пальпации и другими симптомами воспаления. Суставной синдром быстро разрешается на фоне НПВП, деформации не развиваются.

Поражение сердца:

- ▶ Систолический шум, отражающий митральную регургитацию, имеет следующие характеристики: по характеру длительный, дующий; имеет разную интенсивность, особенно на ранних стадиях заболевания; существенно не изменяется при перемене положения тела и фазы дыхания; связан с I тоном и занимает большую часть систолы, и оптимально выслушивается на верхушке сердца и проводится в левую подмышечную область.
- ▶ Мезодиастолический шум (низкочастотный), развивающийся при остром кардите с митральной регургитацией, имеет следующие характеристики: часто следует за III тоном или заглушает его, выслушивается на верхушке сердца в положении больного на левом боку при задержке дыхания на выдохе. Протодиастолический шум, отражающий аортальную регургитацию, имеет следующие характеристики: начинается сразу после II тона, имеет высокочастотный дующий убывающий характер, лучше всего прослушивается вдоль левого края грудины после глубокого выдоха при наклоне больного вперед, как правило, сочетается с систолическим шумом.
- ▶ Изолированное поражение аортального клапана без шума митральной регургитации нехарактерно для ОРЛ.

Поражение нервной системы в 6-30% случаев выявляются признаки малой хореи (гиперкинезы, мышечная гипотония, статокординационные нарушения, сосудистая дистония, психоэмоциональные нарушения). У 5— 7% больных хорея выступает единственным признаком ОРЛ. Хорее больше подвержены девочки 10- 15 лет. Продолжительность хореи- 3-6 месяцев. Обычно хорея заканчивается выздоровлением.

Лабораторные исследования:

- общий анализ крови (ОАК): увеличение СОЭ, возможно лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево;
- биохимический анализ крови (АлТ, АсТ, общий белок и фракции, глюкоза, креатинин, мочеви́на, холестерин);
- коагулограмма;
- иммунологический анализ крови: С реактивный белок (СРБ) (положительный), Ревматоидный фактор (РФ) отрицательный, Антистрептолизин-О (АСЛ-О) повышенные или что важнее повышающиеся в динамике титры;
- бактериологическое исследование: мазок из зева на определение Вгемолитического стрептококка группы А (БСГА)- выявление в мазке из зева БГСА, может быть как при активной инфекции, так и при носительстве.

Инструментальные исследования:

- ЭКГ: уточнение характера нарушений сердечного ритма и проводимости (при сопутствующем миокардите); ▫ Рентгенография органов грудной клетки: с диагностической целью. (Возможны признаки ревматического пневмонита)
- ЭхоКГ: необходима для диагностики клапанной патологии сердца и выявления перикардита. При отсутствии вальвулита ревматическую природу миокардита или перикардита следует трактовать с большой осторожностью. ▫ рентгенография суставов для дифференциальной диагностики с другими артритами. ▫ компьютерная томография высокого разрешения при особых случаях, для выявления признаков ревматического пневмонита, тромбоэмболии в мелкие ветви легочной артерии.

Тактика лечения : Амбулаторное лечение показано:

- пациентам с хронической ревматической болезнью сердца для проведения противорецидивной терапии;
- при хронической, в том числе застойной сердечной недостаточности на фоне хронической ревматической болезни сердца
- для продолжения лечения после выписки из стационара с ОРЛ и повторной ревматической лихорадкой.

– Немедикаментозное лечение:

- Режим 2;
- Диета №10;
- Санация миндалин.

– Медикаментозное лечение:

Лечение ОРЛ включает этиотропную антибактериальную терапию, противовоспалительную терапию. Цель этиотропной терапии- воздействие на стрептококковую инфекцию. Для этого применяются антибиотики с учетом чувствительности стрептококка. Патогенетическая терапия направлена на подавление воспалительного процесса, т.е. на лечение собственно ревматической лихорадки. Глюкокортикоиды применяют при ОРЛ, протекающей с выраженным кардитом и/или полисерозитами. Преднизолон назначают взрослым и подросткам в дозе 20 мг/сут, детям – 0,7–0,8 мг/кг в 1 приём утром после еды до достижения терапевтического эффекта (в среднем в течение 2 нед). Затем дозу постепенно снижают (на 2,5 мг каждые 5-7 дней) вплоть до полной отмены. Общая длительность курса составляет 1,5-2 мес. □ НПВП назначают при слабо выраженном вальвулите, ревматическом артрите без вальвулита, минимальной активности процесса (СОЭ

Перечень основных лекарственных средств:

- ▶ бензилпенициллина натриевая соль;
- ▶ цефуроксим;
- ▶ азитромицин;
- ▶ бензатина бензилпенициллин;
- ▶ бициллин-5;
- ▶ диклофенак ;
- ▶ ацеклофенак;
- ▶ эторикоксиб;
- ▶ преднизолон;
- ▶ метилпреднизолон..

▶ **Перечень дополнительных лекарственных средств:**

- ▶ ацетилсалициловая кислота;
- ▶ варфарин;
- ▶ эналаприл;
- ▶ фозиноприл;
- ▶ верапамил;
- ▶ метопролол;
- ▶ карведилол;
- ▶ бисопролол;
- ▶ дилтиазем;
- ▶ верапамил;
- ▶ амлодипин;
- ▶ валсартан;
- ▶ дигоксин;
- ▶ фуросемид;
- ▶ гидрохлортиазид;
- ▶ торасемид;
- ▶ спиринолактон

Профилактические мероприятия :

- ▶ ***Первичная профилактика:*** Первичная профилактика для уровня ПМСП Своевременная адекватная антимикробная терапия острой и хронической рецидивирующей БГСА – инфекции верхних дыхательных путей (тонзиллит и фарингит). 16 Антимикробная терапия острого БГСА - тонзиллита.
- ▶ ***Вторичная профилактика:*** Цель – предупреждение повторных атак и прогрессирования заболевания у лиц, перенесших ОРЛ. Вторичную профилактику начинают ещё в стационаре сразу после окончания этиотропной антистрептококковой терапии.
- ▶ □ Бензатина бензилпенициллин – основное лекарственное средство (ЛС), применяемое для вторичной профилактики ОРЛ - в/м 1 раз в 3 нед взрослым и подросткам 2,4 млн ЕД.
- ▶ □ Длительность вторичной профилактики для каждого пациента устанавливается индивидуально. Как правило, она должна составлять для больных, перенесших ОРЛ без кардита (артрит, хорей), – не менее 5 лет после атаки или до 18-летнего возраста (по принципу «что дольше»). □ для больных с излеченным кардитом без порока сердца - не менее 10 лет после атаки или до 25-летнего возраста (по принципу «что дольше»). □ для больных со сформированным пороком сердца (в т.ч. оперированным) – пожизненно. Наиболее эффективной лекарственной формой бензатина бензилпенициллина является экстенциллин. Из отечественных ЛС рекомендуется бициллин-1, который назначают в вышеуказанных дозах 1 раз в 7 дней.