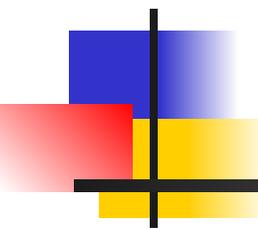
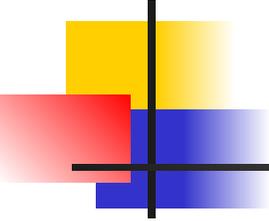


Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования Тюменская Государственная Медицинская Академия РОСЗДРАВА
Кафедра детских болезней педиатрического факультета

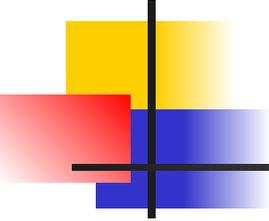
Диспансерное наблюдение детей с хронической ревматической болезнью сердца и острой ревматической лихорадкой



Доц., к.м.н. Захарова Г.Я.



Диспансерное наблюдение детей с острой ревматической лихорадкой проводится по форме 030/у.

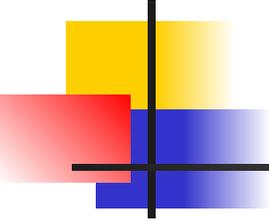


Группы риска по острой ревматической лихорадке

- 1. Дети с отягощённой наследственностью по сердечно-сосудистой патологии (ревматизм, артриты, остеохондроз и т.д).**
- 2. Дети, имеющие очаги хронической инфекции.**
- 3. Дети-носители В-гемолитического стрептококка группы А, переболевшие неоднократно стрептококковой инфекцией (ангины, рожистое воспаление, скарлатина).**
- 4. Дети, имеющие артралгии и кардиалгии неясной этиологии, ФСШ.**

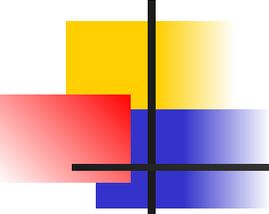
Диспансерное наблюдение по форме 030/у

| Мероприятия | Сроки исполнения |
|---|--|
| Наблюдение участкового педиатра | <ol style="list-style-type: none">1. До проведения кардинальной санации очагов хронической инфекции – не менее 1 раза в месяц;2. После проведения санации очагов хронической инфекции ребёнок осматривается через 3, 6 месяцев и через год, затем ежегодно. |
| Наблюдение узких специалистов | ЛОР - врач, стоматолог – до санации 2 раза в год, затем 1 раз в год; кардиоревматолог, врач ЛФК, реабилитолог – по показаниям, в зависимости от состояния, клиники и т.д. |
| Лабораторное обследование | Клинический минимум (ОАК, ОАМ) 2 раза в год, по показаниям – чаще; биохимический анализ крови (протеинограмма, серомукоид, АСЛ «О», антистрептокиназа) 1 раз в год, по показаниям (наличие изменений) – чаще, в динамике. |
| Функциональное обследование (ЭКГ, ЭХО-кардиография, КИГ) | По показаниям. |



Через два года, если проведена санация очагов хронических инфекций, снижена частота острых респираторных заболеваний, нет изменений со стороны ССС, патологических изменений в данных параклинических исследований, пациента можно снять с диспансерного учёта.

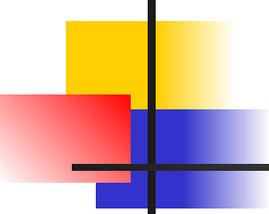
Снятие с диспансерного учёта проводится комиссионно, через КЭК.



Первичная профилактика острой ревматической лихорадки

Основа первичной профилактики – антимикробная терапия острой и хронической рецидивирующей инфекции верхних дыхательных путей (тонзиллита и фарингита), вызванной В-гемолитическим стрептококком группы А. Лекарственные средства целесообразно детям из группы риска по острой ревматической лихорадке.

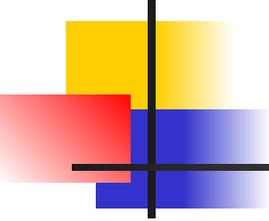
- 1) Препаратами выбора считают В-лактамы антибиотики:**
 - ✓ **Бензатина бензилпенициллин применяют в/м однократно. У детей с массой тела более 25 кг- 1,2 млн ЕД, у детей с массой тела менее 25 кг – 600000 ЕД. Лекарственные средства целесообразно назначать, если ребёнок находится в группе риска по ОРЛ.**
 - ✓ **Амоксициллин назначается внутрь в течение 10 суток в дозе 0,25 г 3 раза в сутки**
 - ✓ **Цефадроксил рекомендуют принимать внутрь в течение 10 суток в дозе 30 мг/кг/сут 1 приём.**



Первичная профилактика острой ревматической лихорадки

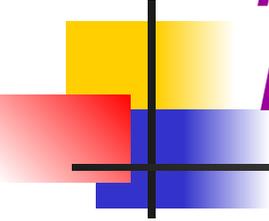
2) Альтернативные лекарственные средства (при непереносимости В-лактамовых антибиотиков):

- ✓ **Азитромицин внутрь за 1 час до еды в течение 5 суток; 12 мг/кг/сут**
- ✓ **Кларитромицин внутрь в течение 10 дней; 15 мг/кг/сут в 2 приёма**
- ✓ **Мидекамицин внутрь за 1 час до еды в течение 10 дней; 50 мг/кг/сут в 3 приёма**
- ✓ **Рокситромицин внутрь за 1 час до еды в течение 10 дней; 5 мг/кг/сут в 2 приёма**
- ✓ **Спирамицин внутрь в течение 10 дней; 1,5 млн МЕ 2 раза в сутки**
- ✓ **Эритромицин внутрь за 1 час до еды в течение 10 дней; 40 мг/кг/сут в 3 приёма**



Первичная профилактика острой ревматической лихорадки

- 3) Препараты резерва (при непереносимости В-лактамов и макролидов).**
- ✓ **Линкомицин внутрь за 1-2 часа до еды в течение 10 дней; 30 мг/кг/сут в 3 приёма.**
 - ✓ **Клиндамицин внутрь в течение 10 дней; 20 мг/кг/сут в 3 приёма.**



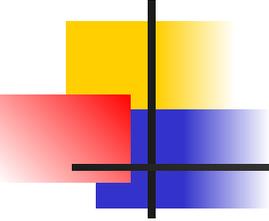
Антимикробная терапия хронического рецидивирующего тонзиллита, вызванного В-гемолитическим стрептококком группы А

1) Препараты выбора:

- ✓ **Амоксициллин+клавулоновая кислота внутрь в течение 10 дней; 40 мг/кг/сут в 3 приёма.**
- ✓ **Цефуроксим внутрь (сразу после еды) в течение 10 дней; 20 мг/кг/сут в 2 приёма.**

2) Препараты резерва (при непереносимости В-лактамных антибиотиков):

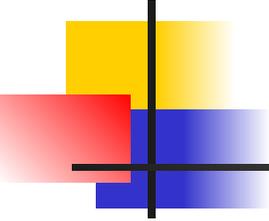
- ✓ **Линкомицин внутрь за 1-2 часа до еды в течение 10 дней; 30 мг/кг/сут в 3 приёма.**
- ✓ **Клиндамицин внутрь в течение 10 дней; 20 мг/кг/сут в 3 приёма**



Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ) –

постинфекционное осложнение тонзиллита (ангины) или фарингита, вызванных В-гемолитическим стрептококком группы А, проявляющееся в виде системного воспалительного заболевания соединительной ткани с преимущественным поражением ССС (кардит), суставов (мигрирующий полиартрит), ЦНС (хорея) и кожи (кольцевидная эритема, ревматические узелки) и развивающееся у предрасположенных лиц (главным образом, в возрасте 7 – 15 лет) в связи с аутоиммунным ответом макроорганизма на а/г стрептококка группы А и перекрёстной реактивностью а/т со схожими аутоантигенами тканей человека (феномен молекулярной мимикрии).

***Хроническая ревматическая болезнь сердца –* это заболевание, характеризующееся поражением клапанов сердца в виде краевого фиброза клапанных створок или порока сердца (недостаточность или стеноз), сформировавшихся после перенесённой острой ревматической лихорадки.**



Классификация острой ревматической лихорадки

1. Клинические формы:

- ✓ Острая ревматическая лихорадка
- ✓ Повторная ревматическая лихорадка

2. Клинические проявления:

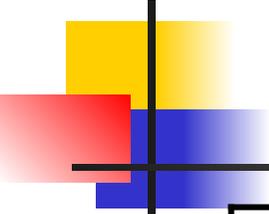
- ✓ Основные: кардит, артрит, хорея, кольцевидная эритема, ревматические узелки
- ✓ Дополнительные: лихорадка, артралгия, абдоминальный синдром, серозиты

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 (стадии 0, 1, 2 а, 2 б, 3)
- ✓ По классификации Нью – Йоркской кардиологической ассоциации (функциональные классы 0, 1, 2, 3, 4)

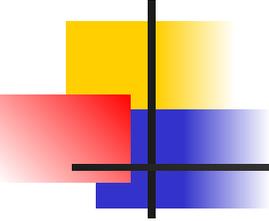


План обследования

| | |
|--------------------------------------|---|
| Анамнез заболевания | Более чем в половине случаев заболевание начинается через 2-3 недели после ангины с внезапного повышения температуры тела до фебрильных цифр, появления симметричных мигрирующих болей в крупных суставах и признаков кардита. |
| Физикальное обследование | <ul style="list-style-type: none">✓ измерение температуры тела;✓ Обследование кожи;✓ Обследование суставов;✓ Обследование ССС;✓ Обследование ЦНС; |
| Лабораторные исследования | <ul style="list-style-type: none">✓ ОАК, бактериологическое исследование мазка из зева;✓ определение содержания антистрептолизина–О, антигиалуронидазы и антидезоксирибонуклеазы В. |
| Инструментальные исследования | <ul style="list-style-type: none">✓ ЭКГ: для уточнения характера нарушений сердечного ритма и проводимости (при сопутствующем миокардите);✓ ЭхоКГ: необходима для диагностики патологии клапанов сердца и выявления перикардита. |

Диагностические критерии острой ревматической лихорадки

| Большие проявления | Малые проявления |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">✓ Полиартрит✓ Хорея✓ Кольцевидная эритема✓ Подкожные узелки✓ Кардит | <ul style="list-style-type: none">✓ Клинические симптомы (артралгия, лихорадка)✓ Лабораторные изменения (увеличение СОЭ и повышение концентрации СРБ)✓ Изменения при инструментальных исследованиях (признаки митральной и/или аортальной регургитации при ЭхоКГ в доплеровском режиме, на ЭКГ – удлинение интервала P-Q) |
| <p>Данные, указывающие на предшествующую инфекцию, вызванную стрептококками группы А:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Положительные посевы с миндалин на В-гемолитический стрептококк группы А✓ Повышенные (или повышающиеся) титры противострептококковых а/т | |

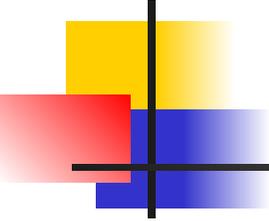


Цели лечения

- ✓ **Эрадикация В-гемолитического стрептококка группы А.**
- ✓ **Купирование воспалительного процесса.**
- ✓ **Предупреждение у больных с перенесённым кардитом формирования ревматических пороков сердца.**
- ✓ **Компенсация сердечной недостаточности у больных ревматическими пороками сердца.**

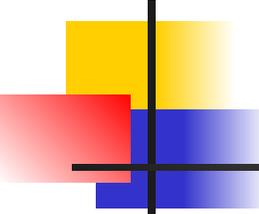
Основные направления реабилитации

| Направление | Характеристика |
|-----------------------------|---|
| Режим | Индивидуальный на первом году после выписки. Если есть признаки НК, поражения сердца – максимально щадящий, в т.ч обучение на дому, освобождение от переводных (через КЭК) и выпускных (через МСЭК) экзаменов. При стихании активности режим может быть расширен (посещает контрольные занятия или только основные предметы). Со второго года режим тренирующий: может посещать школу, но освобождается от физкультуры, факультативных занятий, летней практики, сельхозработ. При ухудшении состояния возможен обратный перевод на индивидуальный режим. |
| Занятия физкультурой | На 2 году наблюдения специальная физкультурная группа, при переводе на тренирующий режим – подготовительная. При тяжёлом течении с осложнениями - комплексы ЛФК не ранее, чем через 6 месяцев после выписки. Запрещены лыжи, коньки, бассейн. |
| Диета | Приближается к столу № 5 (исключая маринады, копчёности), в т.ч рекомендуется исключить облигатные аллергены, увеличить объёмы фруктов, соков, продуктов, обогащённых калием. Пища должна быть сбалансирована по белкам, жирам и углеводам, обязательно включается растительное масло. При отсутствии отёков объём жидкости не ограничивается. |
| Закаливание | 2 – 3 группы (щадящие местные закаливающие процедуры). |



Основные направления реабилитации

| Направление | Характеристика |
|--|--|
| Санаторно – курортное лечение | Преимущество за местными санаториями. Выезд за пределы района проживания разрешено не ранее, чем через 10-12 месяцев после перенесённой ревматической атаки. |
| Санация очагов хронической инфекции | Проводится в отделениях реабилитации детских поликлиник с использованием физиотерапии, в т.ч ЛФК. |
| Профилактика ОРВИ | Специфическая, неспецифическая и индивидуальная профилактика ОРВИ. |



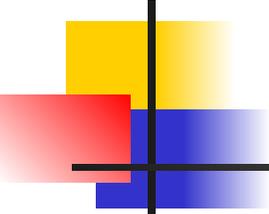
Вторичная профилактика острой ревматической лихорадки

Целью вторичной профилактики у пациентов, перенёсших ОРЛ, служит предупреждение повторных атак и прогрессирования заболевания. Вторичную профилактику начинают ещё в стационаре после окончания этиотропной антистрептококковой терапии.

Бензатина бензилпенициллин (экстенциллин)-основное лекарственное средство, применяемое для вторичной профилактики острой ревматической лихорадки. Препарат применяют в/м 1 раз в три недели у подростков в дозе 2,4 млн ЕД, у детей с массой тела менее 25 кг в дозе 600 тыс. ЕД, у детей с массой тела более 25 кг в дозе 1,2 млн ЕД.

Длительность вторичной профилактики должна составлять:

- 1. Для лиц, перенёсших ОРЛ без кардита (с хореей, артритом) - не менее 5 лет после последней атаки или до 18 летнего возраста.**
- 2. В случаях излеченного кардита без формирования порока сердца – не менее 10 лет после последней атаки или до 25 – летнего возраста.**
- 3. Для больных с пороком сердца (в том числе после оперативного лечения) - пожизненно.**



Вторичная профилактика острой ревматической лихорадки

Больным с ревматическими пороками сердца при выполнении различных медицинских манипуляций, сопровождающихся риском развития бактериемии (экстракция зуба, тонзилэктомия, аденотомия, операции на жёлчных путях или кишечнике) показано профилактическое назначение антибиотиков.

1) При манипуляциях на органах полости рта, пищеводе, дыхательных путях:

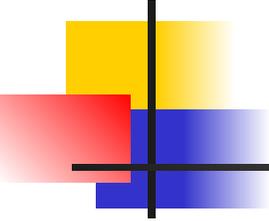
- ✓ Стандартная схема включает - детям до 12 лет: приём внутрь за 1 час до процедуры амоксициллина в дозе 50 мг/кг.
- ✓ При невозможности приёма внутрь применяют ампициллин в/в или в/м за 30 минут до процедуры. Детям до 12 лет в дозе 50 мг/кг.
- ✓ При аллергии к пенициллину назначают клиндамицин. Детям до 12 лет в/в в дозе 20 мг/кг или цефазолин в/м или в/в в дозе 25 мг/кг за 30 минут до процедуры. Цкфалексин, цефадроксил 50 мг/кг или азитромицин 15 мг/кг, кларитромицин 7,5 мг/кг, клиндамицин 20 мг/кг

2) При манипуляциях на органах ЖКТ или мочеполовой системы:

- ✓ Стандартная схема состоит из назначения амоксициллина или ампициллина. Детям до 12 лет в дозе 50 мг/кг в/в или в/м за 30 минут до процедуры.
- ✓ При аллергии к пенициллину показан ванкомицин в/в. Детям до 12 лет в дозе 20 мг/кг (в течение 1 – 2 часов, введение заканчивают за 30 минут до начала процедуры).

Схема диспансерного наблюдения детей с острой ревматической лихорадкой и хронической ревматической болезнью сердца

| <i>Мероприятия</i> | <i>1й год наблюдения</i> | <i>2й год наблюдения</i> | <i>3й год наблюдения</i> |
|---|--|---|--|
| Участковый педиатр осматривает если получает поддерживающие дозы ГКС или антидепрессанты | 1е полугодие – ежемесячно, 2е полугодие – 1 раз в 2 месяца 1 раз в 10-14 дней (обязательно с контролем ОАК!) | 1 раз в 3 месяцев | 1 раз в 6-12 месяцев (осень, весна) |
| <i>Узкие специалисты:</i> | | | |
| Кардиоревматолог ЛОР, стоматолог | Параллельно с педиатром 2 раза в год, по показаниям – чаще | 1 раз в 6 месяцев | 1 раз в год |
| Врач-реабилитолог, врач ЛФК | по показаниям | | |
| <i>Обследование:</i> | | | |
| ОАК если получает поддерживающие дозы ГКС или антидепрессанты | 1е полугодие – ежемесячно, 2е полугодие – 1 раз в 2 месяца (к осмотру) 1 раз в 10-14 дней | 1 раз в 6 месяцев (к осмотру) | 1 раз в 6-12 месяцев (к осмотру) |
| Биохимия крови (протеинограмма, белки острой фазы, АСЛ«О») | 1 раз в 3 месяца | | По показаниям |
| ЭКГ, КИГ, ЭХО-кардиоскопия: при поражении сердца при отсутствии порока | 1 раз в 3 месяца и чаще 1 раз в 6 месяцев | 1 раз в 6 месяцев и чаще 1 раз в год | По показаниям |
| Контроль АД | При каждом осмотре | При каждом осмотре | При каждом осмотре |



Этапность диспансерного наблюдения

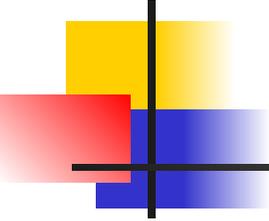
ДП

ДКБ (стационар)

Местные санатории

Отделения реабилитации ДП или кабинет кардиоревматолога

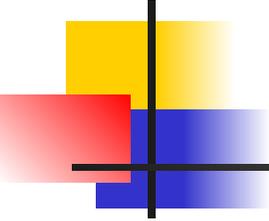
Педиатрический участок



Сроки наблюдения

При наличии поражения сердца больные с диспансерного наблюдения не снимаются, передаются во взрослую сеть.

При условии завершения санации очагов хронической инфекции, снижении частоты ОРВИ, отсутствии изменений при объективном, функциональном и параклиническом исследованиях ребёнок может быть снят с диспансерного учёта через 5 лет, комиссионно, через КЭК (педиатр, невролог (при поражении ЦНС), хирург, ортопед (при артралгиях), стоматолог, ЛОР – врач).



Вакцинация

Иммунизация проводится при достижении контроля над заболеванием, по индивидуальному календарю.

Спасибо за внимание !

