

Презентация на тему:
**«Острая ревматическая
лихорадка»**

Подготовила:

студентка V курса, 566 группы,
Лечебного факультета
Пучкова Надежда Андреевна

Острая ревматическая лихорадка

(ревматизм) – системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественной локализацией процесса в сердечно-сосудистой системе, развивающееся у предрасположенных к нему лиц, главным образом молодого возраста, и обусловленное инфекцией β - гемолитическим стрептококком группы А.

Впервые это заболевание описали Буйо (1835) и Сокольский (1835)., поэтому одно из названий ОРЛ – болезнь Сокольского-Буйо.



Г.И.Сокольский (1813-1877)



J. V. Bouillaud, 1796–1881

В 1835 году J. V. Bouillaud и Сокольский Г.И. указали, что ревматизм не столько поражает суставы, сколько сердце. Позднее Лассег сказал: *"Ревматизм лижет суставы, но кусает сердце"*. Затем Боткиным было показано, что при ревматизме поражаются многие органы - почки, кожа, нервная система, печень, легкие, т.е. ревматизм - поливисцеральное заболевание.

Этиология

В настоящее время убедительно доказано, что возникновение ревматизма и его рецидивы связаны с β -гемолитическим стрептококком группы А (тонзиллит, фарингит, стрептококковый шейный лимфаденит).

Предрасполагающие факторы:

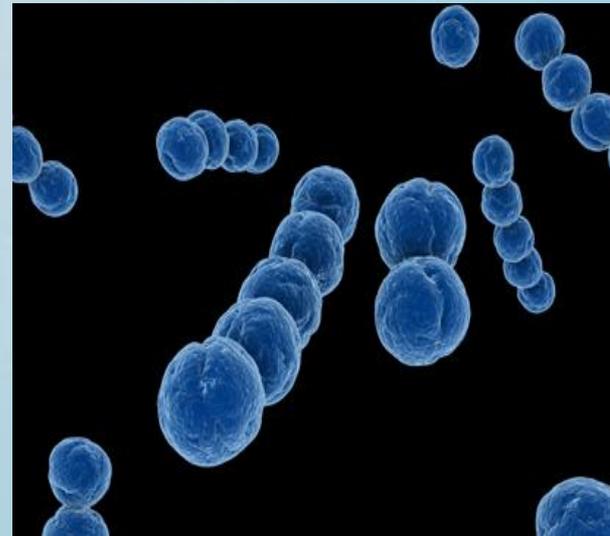
переохлаждение, молодой возраст, наследственность.

Факторы риска:

- наличие ревматизма или диффузных болезней соединительной ткани, а также врожденной неполноценности соединительной ткани у родственников первой степени родства;
- носительство В-клеточного маркера. У здоровых лиц и, в первую очередь, у родственников пробанда.
- женский пол;
- возраст 7-25 лет;
- иммунодефицит (перенесенная острая стрептококковая инфекция и частые носоглоточные инфекции);

Морфология

- Кокки, имеющие шаровидную форму
- Диаметр каждого кокка в среднем 0,6-1 мкм
- Располагаются цепочкой
- Цепочки на плотной питательной среде короткие, на жидкой – длинные
- Неподвижны, спор не имеют
- Свежевыделенные культуры иногда образуют капсулу
- Грамположительные



Ход иммунного ответа

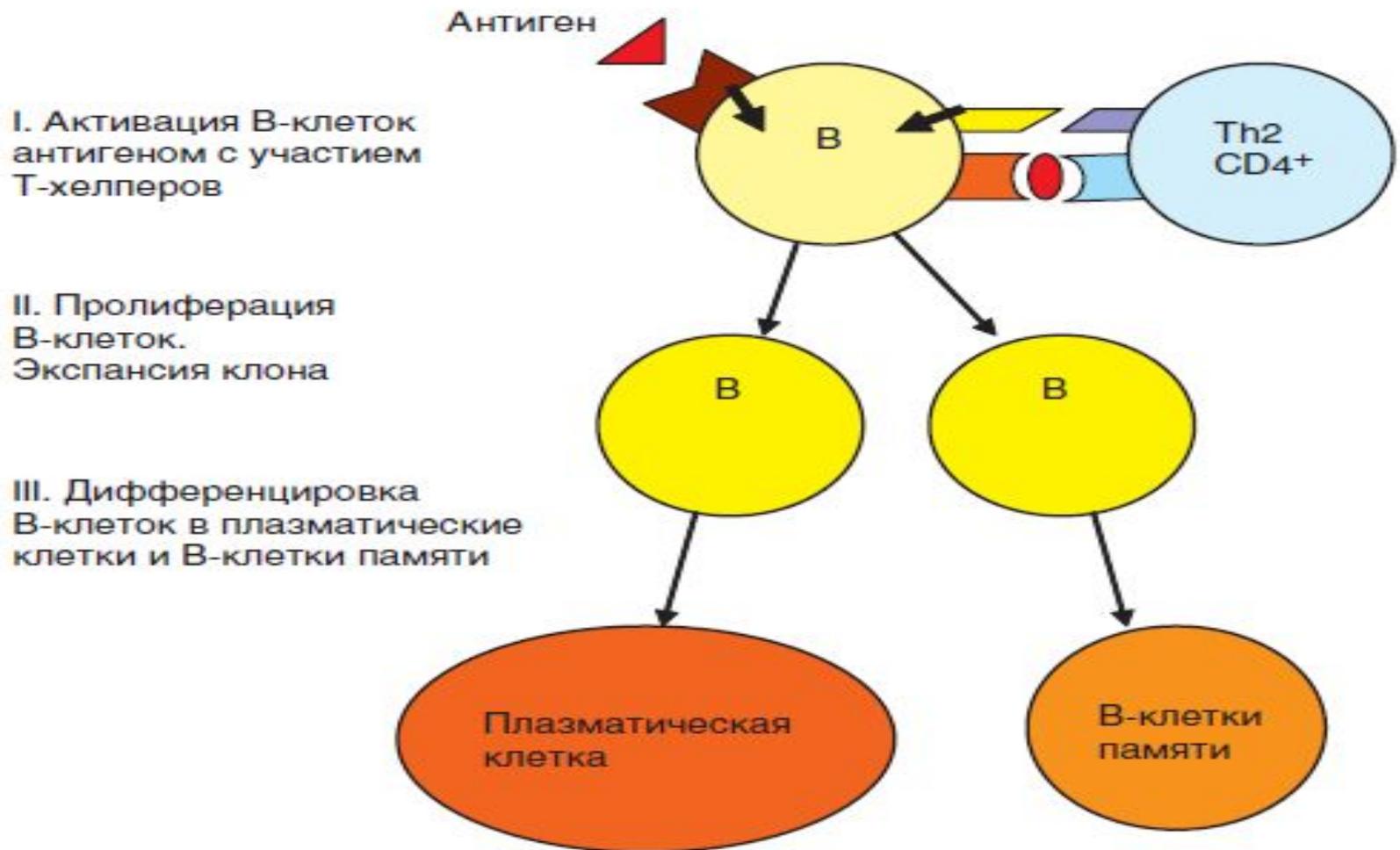
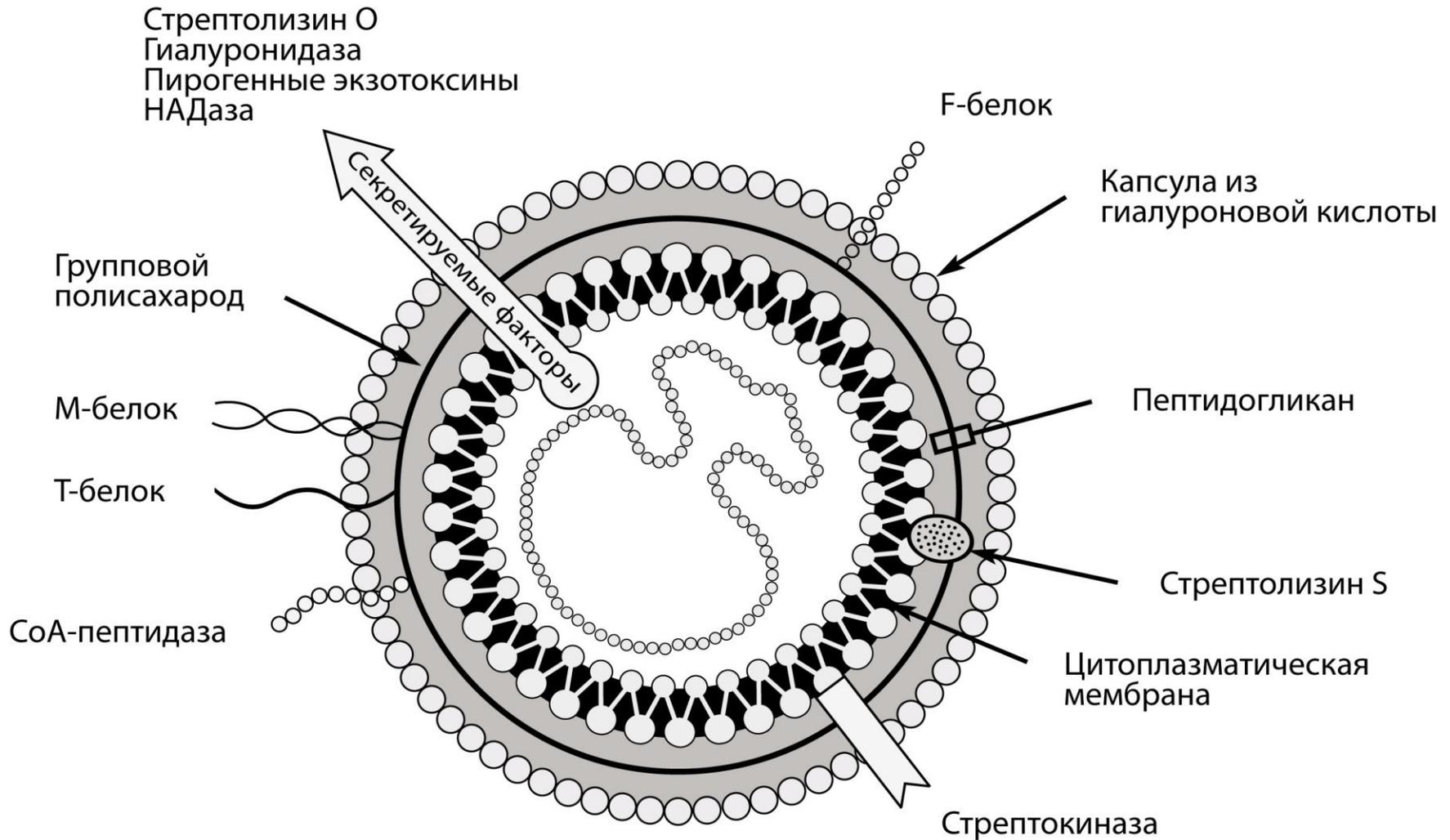


Рис. 3.113. Схема развития гуморального иммунного ответа

Факторы патогенности стрептококков



феномен молекулярной мимикрии

- Антигены «ревматогенных» стрептококков сходны по структуре с различными тканями макроорганизма-хозяина: миозином, сарколеммальной мембраной, синовией и мозгом, т. е. структурами, которые вовлекаются в патологический процесс при ОРЛ

Патогенез ОРЛ

β-гемолитический стрептококк гр. А

М-протеин белков оболочки и клеточных мембран стрептококка, + **гиалуроновая кислота+ферменты** (гиалуронидаза, стрептокиназа, стрептолизин) **обладают свойствами антигенов**

↓ фагоцитоз

Образование **АТ**, реагирующих с **кардиальными АГ**

АТ + **АГ** (тропомиозин, миозин)

стр

Иммунные комплексы

Стенки сосудов

Эндокард

Миокард

Перикард

Патоморфология

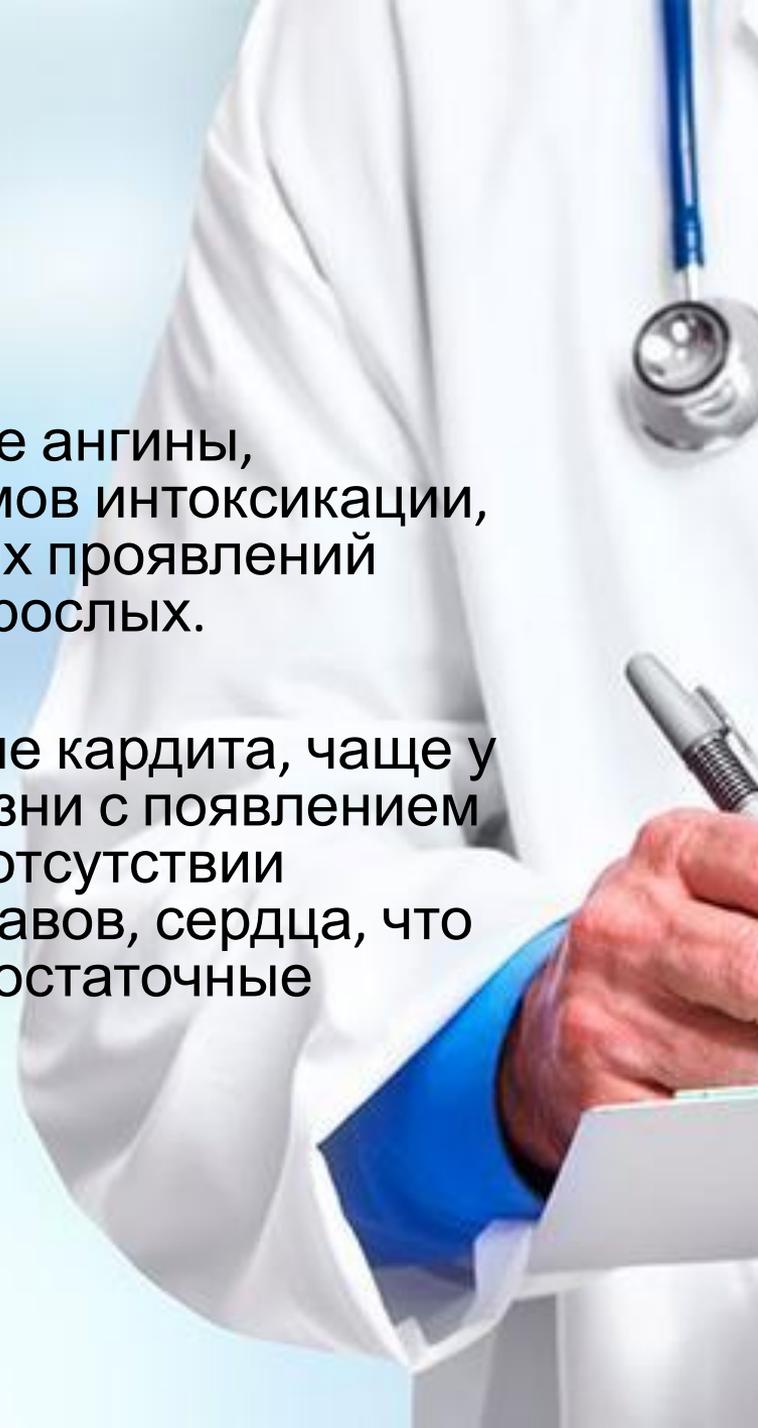
Стадии развития Ашоф-Талалаевской гранулемы	Фазы
Альтеративно- экссудативная стадия (острое воспаление)	Мукоидное набухание
	Фибриноидные изменения
Пролиферативная стадия	Гранулематозная фаза

Каждая фаза длится 1-2 месяца.

Клинические проявления

Два варианта развития ОРЛ:

1. Острое внезапное через 2–3 нед. после ангины, фарингита в виде лихорадки, симптомов интоксикации, суставного синдрома, кардита и других проявлений заболевания. Чаще у подростков и взрослых.
2. Постепенное субклиническое развитие кардита, чаще у детей. Малосимптомное начало болезни с появлением утомляемости, субфебрилитета, при отсутствии заметных нарушений со стороны суставов, сердца, что может быть ошибочно расценено как остаточные явления перенесенной инфекции.

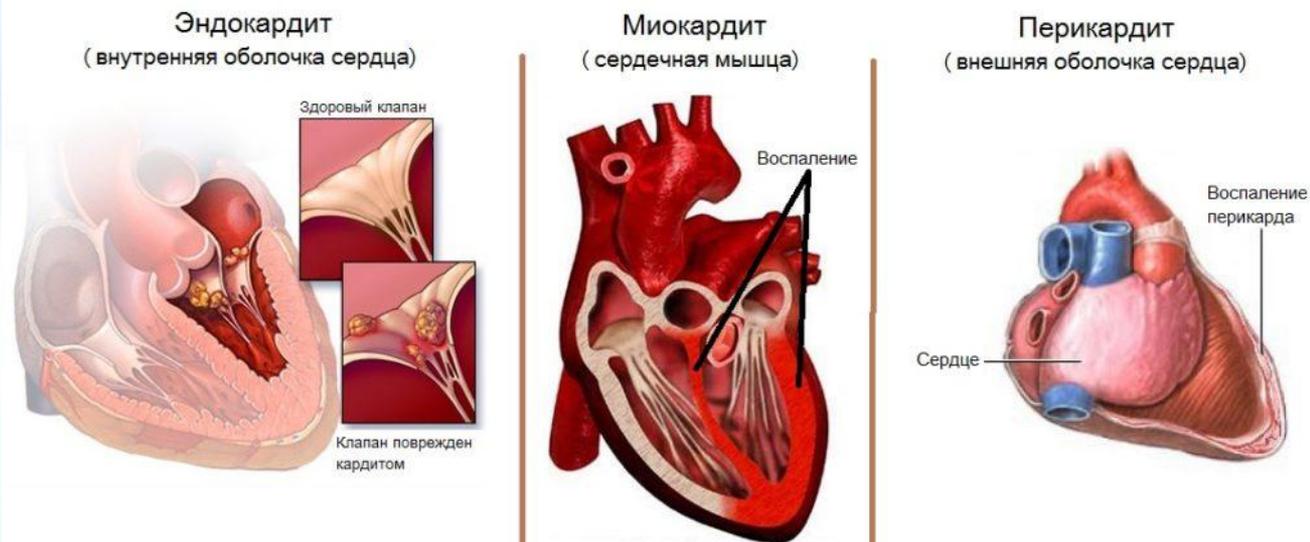


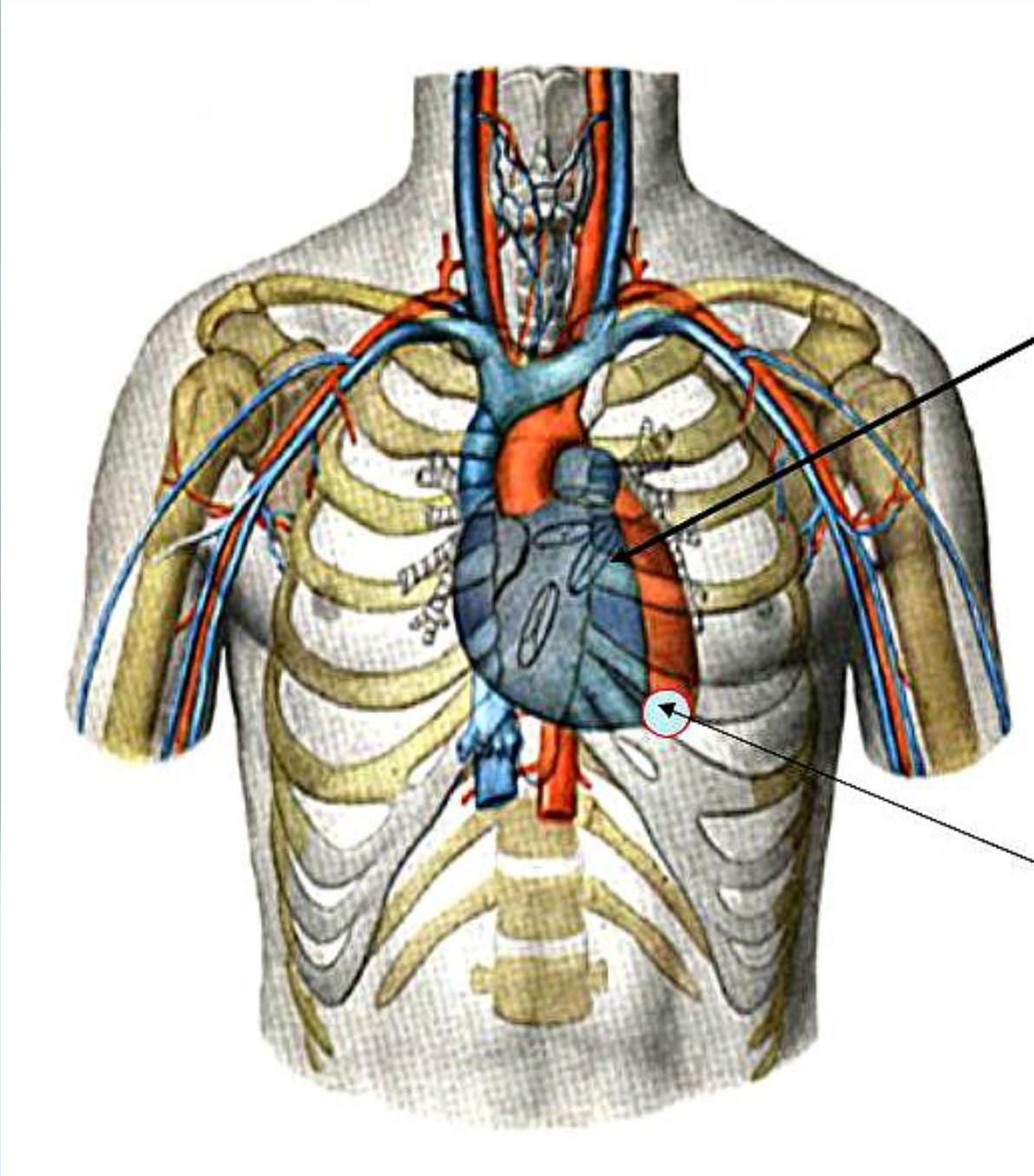
Клинические проявления

Кардит

- эндокардит (вальвулит) преимущественно митрального, реже — аортального клапанов
- Панкардит (включает митральное)

Локализации кардита





Клинические проявления

Кардит

Жалобы:

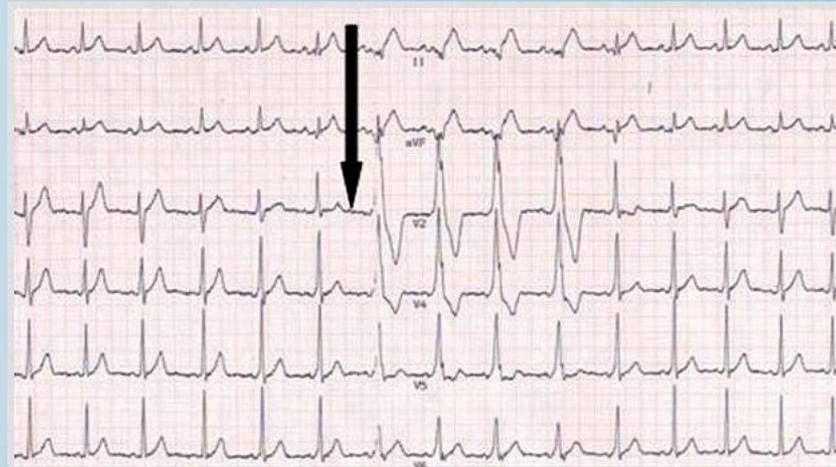
- кардиального характера;
- астенические симптомы;

Объективно:

- нарушение ЧСС;
- увеличение размеров сердца, преимущественно влево;
- Шумы

Диагностика:

- ЭКГ признаки: нарушение ритма; замедление атриовентрикулярной проводимости преимущественно I степени; нарушения реполяризации желудочков; удлинение электрической систолы
- ЭхоКГ признаки: увеличение размеров сердца; митральную или аортальную регургитацию

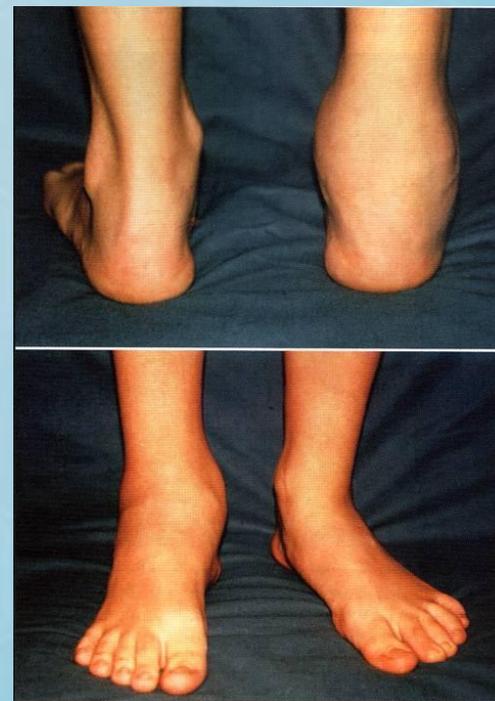
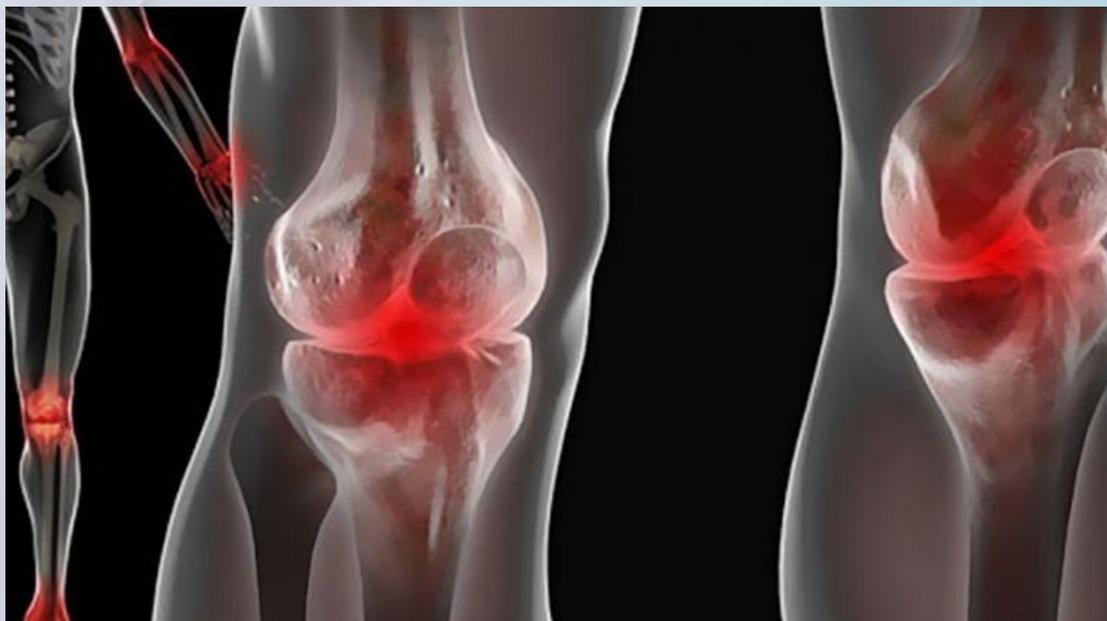


Клинические проявления

Ревматический полиартрит

Быстрое распространение с одного сустава на другой ("летучесть").

Симметричный олигоартрит (реже – моноартрит) крупных парных суставов (коленных, голеностопных, реже – локтевых, плечевых, лучезапястных).



Клинические проявления

Ревматическая хорея (малая хорея, хорея Сиденгама)

- хореические гиперкинезы;
- мышечная гипотония
- расстройства статики и координации;
- сосудистая дистония;
- психоэмоциональные нарушения



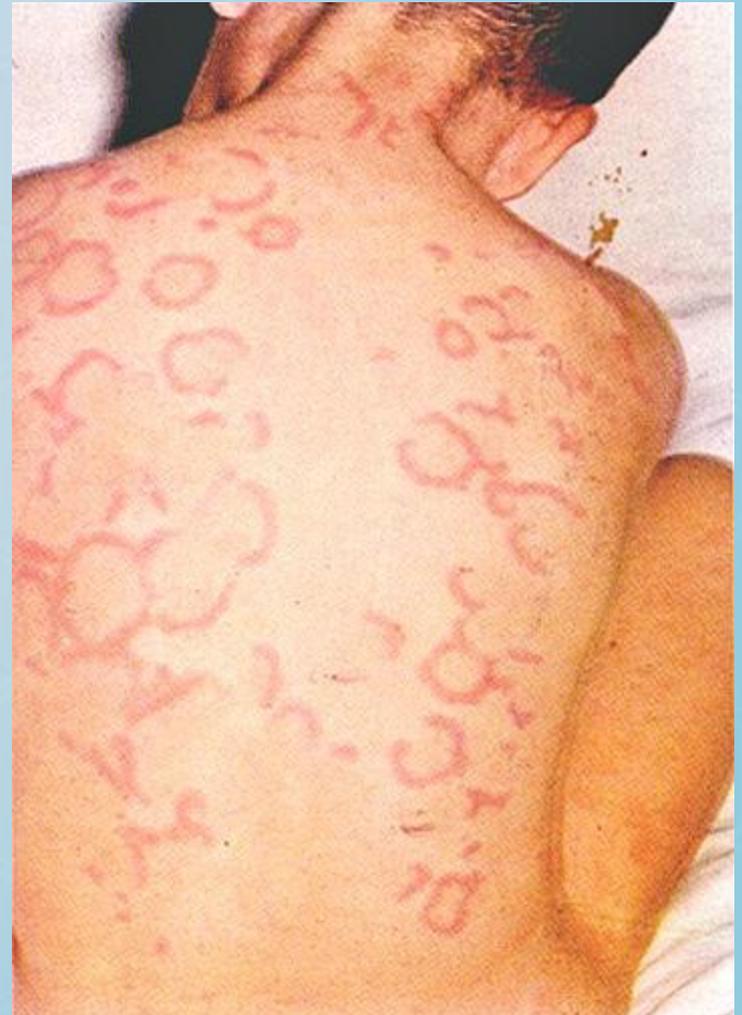
Непроизвольные движения головы и пальцев при попытке держать руки прямо перед собой.

Клинические проявления

Кольцевидная (аннулярная) эритема

Бледно-розовые кольцевидные высыпания
диаметром – от нескольких мм
до 5-10 см.

Преимущественная
локализация - на туловище и
проксимальных отделах
конечностей (но не на лице).



Клинические проявления Подкожные ревматические узелки

Округлые или овальные малоподвижные безболезненные образования различных размеров (от нескольких мм до 2 см)

Локализация - на разгибательной поверхности суставов, в области лодыжек, ахилловых сухожилий, остистых отростков позвонков, затылочной области

Пик патогенного развития - от 2 недель до



Диагностика

Лабораторные исследования

- Бактериологическое исследование мазка из зева (результаты обычно отрицательны к моменту развития ОРЛ).
- Экспресс-тест на антиген гем.стрептококка группы А.
- Антистрептококковые антитела (в период от 2 до 24 недель от начала инфекции).
- К внеклеточным антигенам:
- АСО (чувствительность 80-85%), анти-ДНК-аза В (чувствительность 90%), антигиалуронидаза, антистрептокиназа.
- К внутриклеточным антигенам: антитела к М-протеину.
- Реактанты острой фазы: СРБ, СОЭ.
- Тропониновый тест.
- Экспресс-тест на D8/17: иммунофлуоресцентный метод определения маркеров В-лимфоцитов.

Диагностика

Критерии Киселя-Джонса, применяемые для диагностики ОРЛ
(в модификации АРР, 2003)

"Большие" критерии	"Малые" критерии	Данные, подтверждающие предшествовавшую стрептококковую инфекцию
Кардит	Клинические:	Позитивная стрептококковая культура, выделенная из зева, или положительный тест быстрого определения стрептококкового антигена.
Полиартрит	•артралгии •лихорадка ($>38^{\circ}\text{C}$)	
Хорея	Лабораторные:	Повышенные или повышающиеся титры противострептококковых антител (АСЛ-О, антиДНК-аза В)
Кольцевидная эритема	•повышенные острофазовые параметры; •СОЭ (>30 мм/ч); •С-реактивный белок.	
Подкожные ревматические узелки	Инструментальные:	
	•удлинение интервала PR ($>0,2\text{c}$) на ЭКГ; •признаки митральной и/или аортальной регургитации при доплер-ЭхоКГ	

Диагноз ОРЛ может быть поставлен при наличии:

двух «больших» критериев или одного «большого» и двух «малых»

Лечение

Этиотропная (противомикробная) терапия

Бензилпенициллин 1,5–4 млн ЕД/сут у подростков и взрослых и 400 000–600 000 ЕД у детей в течение 10 дней с последующим переходом на применение Бензатин бензилпенициллин

В случаях непереносимости препаратов пенициллина назначаются макролиды или линкозамиды

Патогенетическое (противовоспалительное) лечение

1. Глюкокортикоиды

2. Нестероидных противовоспалительных препаратов

Преднизолон (метилпреднизолон) применяют преимущественно у детей, особенно при выраженном кардите и полисерозитах. Препарат назначают в суточной дозе 15–20 мг (реже 30 мг) до достижения терапевтического эффекта, как правило, в течение 2 недель. В дальнейшем дозу снижают (2,5 мг каждые 5–7 дней) вплоть до полной отмены с последующим назначением НПВП (индометацин, ортофен).

Симптоматическая терапия

Госпитализация и постельный режим

Лечение фарингита

Противовоспалительная терапия

Лечение сердечной недостаточности по обычной схеме

Лечение хореи

Вторичная профилактика

Профилактика инфекционного эндокардита

Хирургическое лечение клапанного порока

Первичная Профилактика ОРЛ

направлена на :

1. повышение уровня естественного иммунитета и адаптационных возможностей организма по отношению к неблагоприятным условиям внешней среды. К ним относятся:

- раннее закаливание;
- полноценное витаминизированное питание;
- максимальное использование свежего воздуха;
- рациональная физкультура и спорт;
- борьба со скученностью в жилищах, детских дошкольных учреждениях, школах, училищах, вузах, общественных учреждениях;
- проведение комплекса санитарно-гигиенических мер, снижающих возможность стрептококкового инфицирования коллективов, особенно детских.

2. Своевременное и эффективное лечение острой и хронической рецидивирующей БГСА-инфекции глотки: тонзиллита (ангины) и фарингита.

- Препараты пенициллинового ряда (амоксциллин, пенициллин, феноксиметилпенициллин).
- Цефадроксил — представитель оральных цефалоспоринов I поколения
- При непереносимости β -лактамных антибиотиков показано назначение макролидов (спирамицин, азитромицин, рокситромицин, кларитромицин, мидекамицин)
- Антибиотики-линкозамиды (линкомицин, клиндамицин) назначают при БГСА-тонзиллите только при непереносимости как β -лактамов, так и макролидов.
- При наличии хронического рецидивирующего БГСА-тонзиллита ингибиторзащищенными пенициллинами (амоксциллин/клавуланат) или оральными цефалоспоридами II поколения (цефуроксим), а при непереносимости β -лактамных антибиотиков — линкозамидами.

Вторичная Профилактика ОРЛ

направлена на предупреждение повторных атак и прогрессирования заболевания

- регулярное круглогодичное введение **пенициллина пролонгированного действия (бензатин бензилпенициллина)**
- бициллин-5 (1.2 млн. ЕД 1 раз в 4 недели)
- экстенциллин (1.2 млн. ЕД 1 раз в 3 недели)



Длительность

- 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 после оперативного лечения) — пожизненно.

Прогноз

Угроза жизни в связи с ОРЛ практически отсутствует (за исключением чрезвычайно редких случаев панкардита в детском возрасте).

Прогноз определяется характером поражения сердца (наличие и тяжесть порока, степень застойной сердечной недостаточности) и сроками начала терапии (вероятность образования порока сердца)



**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!**