

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

**КАФЕДРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ПЕДИАТРИИ, С ОСНОВАМИ
НЕТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ**

НАЗВАНИЕ ЛЕКЦИИ: Актуальные проблемы кардиоревматологии

(Острая ревматическая лихорадка)

(краткий конспект лекций)

Ташкент 2012-2013 г

План:

1. Введение.
2. Этиопатогенез и патоморфология острой ревматической лихорадки.
3. Классификация острой ревматической лихорадки.
4. Основные и дополнительные диагностические критерии острой ревматической лихорадки.
5. Клинические проявления острой ревматической лихорадки.
6. Дифференциальная диагностика острой ревматической лихорадки.
7. Лечение и профилактика острой ревматической лихорадки.

Цель:

Научить студентов диагностики, дифференциальной диагностики, тактики введения и лечения больных с острой ревматической лихорадки.

Критерии активности ревматического процесса.

I. Ревматизм (ревмокардит) с максимальной (III степень) активностью, непрерывно рецидивирующий.

A. Клиническая симптоматология (синдром):

- панкардит;
- острый или подострый диффузный миокардит
- подострый ревмокардит с выраженной недостаточностью кровообращения, упорно неподдающийся лечению
- подострый или рецидивирующий ревмокардит в сочетании с симптомами острого или подострого полиартрита, плеврита, перитонита, ревматической пневмонии, гломерулонефрита, гепатита и др
- хорея с выраженными проявлениями активности.

Б. Нарастающее увеличение размеров сердца, снижение сократительной способности миокарда, плевроперикардальные спайки (по данным рентгенологического исследования), подвергающиеся обратному развитию под влиянием активной противоревматической терапии.

В. Четкая ЭКГ-симптоматика (динамические нарушения ритма и проводимости), характеризующаяся явной динамикой и обратным развитием под влиянием лечения.

Г. Изменения системы крови: нейтрофильный лейкоцитоз, СОЭ выше 30мм./час, реакция на СРП резко положительная (++, +++ и более); содержание а2-глобулина до 0,17, у-глобулина 0,23-0,25; серомукоид крови 0,82ед.; ДФА реакция 0,350-0,500.

Д. Серологические показатели, титры АСЛ-О, АСГ, антистрептокиназы выше нормы в 3-5 раз.

Е. Повышение проницаемости капилляров II-III степени

II. Ревматизм (ревмокардит) с умеренной (II степень) активностью.

A. Клиническая симптоматология (синдром):

- подострый ревмокардит в сочетании с недостаточностью кровообращения I-II степени, медленно поддающийся лечению;
- Подострый или рецидивирующий ревмокардит в сочетании с подострым полиартритом, фибринозным плевритом, перитонитом, гломерулонефритом, кольцевой эритемой.
- подострый полиартрит
- Ревматическая хорея

Б. Рентгенологически установленное увеличение размеров сердца, плевроперикардальные спайки, подвергающиеся обратному развитию под влиянием активной противоревматической терапии.

В. Электрокардиографическая симптоматика (удлинение интервала P-Q, другие нарушения ритма), признаками коронарита, нарушение коронарного кровообращения, характеризующаяся явной динамичностью и исчезновением под влиянием противоревматического лечения.

Г. Изменения системы крови: нейтрофильный лейкоцитоз, СОЭ до 20-30 мм./час, реакция на СРП резко положительная (+, +++ и более); содержание α_2 -глобулина до 0,17, γ -глобулина 0,21-0,23; серомукоид крови 0,3-0,8 ед.; ДФА реакция 0,250-0,300.

Д. Серологические показатели, титры АСЛ-О, АСГ, антистрептокиназы выше нормы в 1,5-2 раза.

Е. Повышение проницаемости капилляров II степени.

III. Ревматизм (ревмокардит) с минимальной (I степень) активностью

А. Клиническая симптоматология (синдром):

а) Симптоматика затяжного, вялотекущего или латентного ревмокардита при сохраненной или сниженной трудоспособности; при рецидивирующем ревмокардите на фоне ранее развившегося порока сердца может быть недостаточность кровообращения различных степеней, как правило плохо поддающаяся активной терапии сердечными препаратами;

б) затяжной или латентный ревмокардит в сочетании с ревматической хореей, энцефалитом, васкулитом, иритом, подкожными ревматическими узелками, кольцевидной эритемой и стойкой артралгией;

в) ревматическая хорея.

Б. Рентгенологически при первичном ревмокардите нормальные или немного увеличенные размеры сердца, плевроперикардальные спайки, трудно подвергающиеся обратному развитию под влиянием противоревматической терапии. При возвратном ревмокардите на фоне ранее развившегося порока сердца рентгенологическая картина может быть весьма различной, но, как правило, с расширением и изменением конфигурации сердечной тени, иногда с плевроперикардальными спайками, которые, хотя и с трудом, поддаются редукции под влиянием активной терапии.

В. На ЭКГ могут быть обнаружены проявления кардиосклероза (постмиокардического), коронарита и нарушения коронарного кровообращения, различного рода нарушения сердечного ритма, с трудом поддающиеся противоревматической терапии. Электрокардиографическая симптоматика обычно не выражена, но упорно при противоревматическом лечении.

Г. Изменения системы крови малочисленны и неопределенны: СОЭ слегка повышены (если нет недостаточности кровообращения), реакции на СРП отрицательная или очень слабая(+). Количество глобулиновых фракции(главным образом у- глобулинов) слегка увеличена или в пределах верхних границ нормы, ДФА-реакция в пределах высокой нормы, серомукоид нормальный или пониженный.

Д. Серологические показатели в пределах высокой нормы или слегка повышены. Динамика этих показателей имеет значение в течение болезни и не зависит от интеркуррентной инфекции. Низкие титры стрептококковых антител могут быть связаны с подавлением(истощением) иммунологической реактивности и не отражать истинного благополучия. Периодическое повышение титров, особенно постепенное их нарастание при отсутствии инфицирования, может служить косвенным подтверждением активности ревматического процесса.

Е. Повышение проницаемости капилляров в пределах I- II степени, если исключены другие возможные причины этого.

Диагностические синдромы ревматизма (А.И. Нестеров)

Клинико-эпидемиологический синдром:

- предшествующая острая стрептококковая инфекция (ангина) или повторные инфекции в носоглотке,
- контакт с носителями стрептококковой инфекции.
- Для подтверждения диагноза необходима клинико-лабораторная верификация перенесенной стрептококковой инфекции.

Клинико-иммунологический синдром включает:

А) Клинические признаки:

немотивированная задержка восстановления самочувствия и работоспособности после перенесенной инфекции носоглотки;
быстрая утомляемость,
потливость,
субфебрилитет,
артралгия,

сердцебиение;

Б) Лабораторные показатели:

- появление в сыворотке крови стрептококкового антигена ;
- повышение титров противострептококковых антител (АСЛ-О, АСГ, АСК), перекрестно реагирующих антигенов стрептококка и сердечной мышце; снижение уровня альбуминов;
- увеличение содержания глобулинов крови;
- повышение СОЭ,
- наличие в крови СРБ,
- повышение уровня глюкопротеидов , серомукоида и др.

Сердечно-сосудистый синдром основывается на учете субъективных, объективных данных клинического, рентгенологического исследования больного, ЭКГ, ФКГ.

Особенности современного течения ревматизма у детей:

- исключительно редко встречаются "ревматические узелки";
- симптом "кольцевидной эритемы" не отличается строгой специфичностью;
- изменился характер ревмокардита в сторону увеличения частоты умеренного и слабовыраженного кардита с нарушением ритма сердца и проводимости;
- отмечается большая вариабельность суставного синдрома с эфемерностью, слабой манифестацией артрита, иногда в виде моно- или олиго-артрита;
- реже встречается малая хорея, характерно ее атипичное, стертное течение;
- снизилось число больных дошкольного возраста и увеличилось число больных в пубертатный период, отсутствуют половые различия в развитии первичного ревмокардита.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ РЕВМАТИЗМА

f

Минимальная:

- Измерение частоты пульса, дыхания, артериального давления.
- Общий анализ крови.
- Общий анализ мочи.
- Анализ крови на СРБ.
- Анализ крови на сиаловые кислоты.
- ФКГ.

Максимальная:

- Мазок из зева и носа на β -гемолитический стрептококк группы /
- Титр АСЛ-0 и АСГ.

- Биохимическое исследование .крови: белковые фракции, трат электролиты.
- Исследование иммунного статуса: Т- и В-лимфоциты, фагоциты, иммуноглобулины.
- Учет суточного диуреза.
- ЭХОКГ.
- Рентгенограмма сердца в трех проекциях.
- Осмотр отоларингологом и стоматологом.

По показаниям:

- Анализ мочи по Зимницкому.
- Анализ мочи по Нечипоренко.
- Проба Реберга.
- Коагулограмма.
- Анализ крови на LE-клетки.
- Анализ крови на ревматоидный фактор.
- Исследование функции щитовидной железы.

- Неврологическое обследование.

- Осмотр окулистом и другими специалистами.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ РЕВМОКАРДИТА, НЕРЕВМАТИЧЕСКОГО
КАРДИТА И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ КАРДИОПАТИИ У ДЕТЕЙ**

| Признаки | Функциональная кардиопатия | Кардит неревматический | Ревмокардит |
|---|--|--|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Связь с инфекционными заболеваниями | Отсутствует | Вирусные заболевания, ОРВИ, реже - ангина | Ангина, скарлатина или обострение хронического тонзиллита |
| 2. Начало заболевания | Постепенное | На фоне инфекционного процесса или в течение первых 3-5 дней | Спустя 2-4 недели после стрептококковой инфекции |
| 3. Общие жалобы | Общие (субъективная мотивировка симптомов болезни) | Отсутствуют или отдельные | Отсутствуют |
| 4. Синдром вегетативно-сосудистой дистонии (мраморность кожи, гипергидроз, холодные влажные | Значительно выражен | Отсутствует или умеренно выражен | |

| | | | |
|---|--|--|---|
| конечности и др.) | | | |
| 5. боль в области сердца | Часто. Связана с психо-эмоциональным | Часто, значительная, упорная | Отсутствует или слабо выражена |
| 6. Усиленное сердцебиение | Связано с волнением, субъективное (отсутствует учащение ритма сердца) | После физической нагрузки, с учащением ритма сердца | |
| 7. Перебои в сердце | Часто | Часто | Изредка |
| 8. Одышка | Субъективные ощущения недостатка воздуха без учащения дыхания | После физической нагрузки (истинная) | |
| 9. Пульс | Лабильный, нормального наполнения | Учащенный, реже замедленный, малого наполнения, иногда аритмичный | Частый, малого наполнения |
| 10. артериальное давление | Неустойчивое, склонность к гипертензии, асимметрии | Нормальное или склонность к гипотензии | Чаще гипотензия либо нормальное |
| 11. Границы сердца | Нормальные, реже уменьшены (малое каплевидное сердце) | Нормальные, реже расширены | Расширены часто |
| 12. Тоны сердца I тон над верхушкой, II тон над легочной артерией | Не изменен или несколько снижен, но всегда больше II тона Расщеплен, усилен Низкоамплитудный (норма) | Приглушен или глухой, снижен, иногда раздвоен Не изменен Высокоамплитудный | Приглушен, снижен, изменена структура (уширен, расщеплен, перестроен) Не изменен, иногда усилен Высокоамплитудный |

| | | | |
|---------------------------------|--|---|--|
| 13.Систолический шум: | | | |
| Локализация | Второе-четвертое межреберье | Мягкий, глуховатый | Дующий, разной интенсивности |
| Тембр | Разной интенсивности | Локализованный | Подмышечная область |
| Проводимость | Перикардальная область | 1/3-2/3 систолы | 2/3-3/4 систолы |
| 13. Систолический индекс | 0,25 и менее | 0,25 и менее | Чаще 0,4-0,5 |
| 14.Диастолический шум | Отсутствует | изредка короткий, мезодиастолический | Прото-, мезоциастолический |
| 15. ЭКГ-нарушения | Отсутствуют или неопределенные, нарушение функции возбудимости, автоматизма, проводимости, изолированные | Многообразные, диффузные, динамичные, нарастающие, сложные сочетания | Мало выражены в большинстве случаев изменения частоты сокращений, проводимости |
| 16. Рентгенологические признаки | Норма или капельное, митральной конфигурации | Увеличение левого желудочка, реже обоих, пульсации вялые, сниженной амплитуды | Увеличение левого желудочка, снижение амплитуды пульсации |

| | | | |
|---|------------------|--|--|
| 17. Экстракардиальные признаки | ----- | Часто аллергическая сыпь | Полиартрит, малая хорея. ангулярная эритема, ревматические узелки |
| 18. Клинический анализ крови | Не изменен | Нормальный или лейкопения, эозинофилия, лимфоцитоз, моноцитоз, повышение СОЭ (до 20-22 мм/ч) | Лейкоцитоз с нейтрофилезом, повышенная СОЭ (в соответствии со степенью активности) |
| 19. "Острофазовые" показатели (СРВ, гликопротеиды, серомукоид и др) | Не изменены | Незначительно увеличены отдельные показатели | Повышены в соответствии со степенью активности процесса |
| 20. Противострептококковые антитела (АСЛ-О АСГ, АСК) | Не изменены | Иногда незначительное повышение | Повышение в 1,5-4 раза |
| 21. Характеристика течения | Не прогрессирует | Чаще - обратное развитие в течение нескольких недель или месяцев | Прогрессирование с развитием порока сердца или медленное обратное развитие |

Эталон диагноза

Ревматизм I, активность III степени, первичный ревмокардит с преимущественным поражением миокарда, полиартрит, острое течение, Н₂а

ЛЕЧЕБНАЯ ПРОГРАММА ПРИ РЕВМАТИЗМЕ

Направленность терапевтического действия:

Общие мероприятия.

Подавление стрептококковой инфекции.

Подавление экссудативного компонента воспаления в сердце и других органах и системах.

4. Симптоматическая терапия.

Реализация задач комплексной терапии:

1.1. Режим I - постельный - в острый период, с постепенным расширением до IV - тренирующего, под контролем состояния сердечно-сосудистой системы, в т.ч. проведение функциональных проб по Шалкову, анализ крови, ЭКГ.

1.2. Диета гипоаллергенная;

- разгрузочные дни;
- при НК ИБ-III - стол N 7 ("бессолевой");
- при НК НА - стол 5 ("печеночный");
- при НК I-0-стол N 10.

1.3. Дополнительный "калиевый" завтрак - при гипокалиемии и назначении глюкокортикостероидов, салуретиков, сердечных гликозидов

1.4. ЛФК: с пассивных упражнений при режиме I до комплексов ЛФК на групповых занятиях в зале - при режиме IV и общем.

2.1. Антибиотики пенициллинового ряда:

- бензилпенициллин (фл. 0,025; 0,5; 1; 5; 10 млн.ЕД) 1000
- ампициллин (фл. 0,25; 0,5; 1; 2 г) 1-4 г/сутки;
- карбенициллин (фл. 1 г) 1-6 г/сутки;

2.2. Цефалоспорины:

- цефотаксим (фл. 0,25; 0,5; 1; 2 г) 1-2 г/сутки;
- цефазолин (фл. 1 г) 1-6 г/сутки;
- цефоперазон (фл. 1; 2 г) 2-8 г/сутки и др.

2.3. Макролиды:

- эритромицин (фл. 0,3 г; табл. 0,2; 0,25; 0,5г) 0,4-1 г/сут.;
- азитромицин, сумамед (табл. 0,125 г; капе. 0,5 г; сироп, фл. 5 мл=0,1 г) 0,25-0,5 г/сутки.

2.4. При наличии очага инфекции в ротоносоглотке - санация носа и полости рта (полоскание горла растворами антисептиков, санация зубов и т.д.).

3.1. При высокой степени активности (III) ревматизма, полисерозитах

- преднизолон (табл. 0,005 г) 0,5-1 мг/кг/сут. 2-3 недели, с постепенным снижением дозы до отмены препарата.

3.2. Нестероидные противовоспалительные средства.

а) Ацетилсалициловая кислота и ее производные (табл. 0,1; 0,25; 0 3" 0,325; 0,5 г) 0,2 г/год жизни/сутки, не более 2,0 г;

б) Производные индола (индометацин и др., табл. 0,025; 0,05 г) 0 001-0,003 г/кг/сутки;

в) Производные арилпропионовой кислоты:

- ибупрофен (табл. 0,2; 0,4; 0,8 г) 0,01-0,04 г/кг;

- напроксин (табл. 0,25; 0,375 г; фл. 100 мл суспензии, 5 мл=0.125г) 0,25 г 2-3 раза в день;

г) Производные арилуксусной кислоты:

- диклофенак-натрий, вольтарен, ортофен (табл. 0,025; 0 1 г фп. 1мл=0,025 г) 0,002-0,003 г/кг/сутки.

3 3 При склонности к затяжному течению - 4-аминохинолиновые препараты:

делагил (табл. 0,25 г), плаквенил (табл. 0,2 г) 100-400 мг/сут. в течение 3-12

4 мес. Сердечные гликозиды: дигоксин (табл. 0,25 мг) в дозе насыщения-

- при НК НА-0,03-0,05 мг/кг;

- при НКПБ-0,075 мг/кг;

- при НКШ -0,1 мг/кг.

4.2. Дигиталоиды: настойка строфанта, горицвета, майского ландыша -1 кап./год жизни 2-3 раза в день - при НК I.

4.3. Кардиотрофики:

- кокарбоксилаза - 50-100 мг в/м;

- рибоксин 2% - 5-15 мл в/в.

4.4. Витамины:

- аскорбиновая кислота (табл. 0,05 г) по 1-2 табл. 2-3 раза в день;

- рутин (табл. 0,02 г) по 1/2-1 табл. 2-3 раза в день;

- тиамин бромид (табл. 0,01 г) по 1 табл. 1-3 раза в день;

- кальция пантотенат (табл. 0,2 г) по 1/2-1 табл. 2 раза в день;

- пиридоксин (табл. 0,005 г) по 1 табл. 1-3 раза в день;

- кальция пангамат (табл. 0,05 г) по 1 табл. 3 раза в день.

4.5. Мочегонные препараты - при НК НБ-III:

- лазикс -1-2 мг/кг внутрь, внутримышечно;

- гипотиазид - 2-3 мг/кг; ~

- верошпирон - 2-3 мг/кг.

4.6. Панангин - по 1 табл. 1-3 раза в день.

Поликлинический этап реабилитации:

Санация очагов инфекции (осмотр стоматологом, отоларингологом) - 2 раза в год.

Круглогодичная бициллинопрофилактика - в течение 5 лет:

- бициллин-1 по 600 000 ЕД в/м 1 раз в 2 недели - детям до 7 лет, 1200000 ЕД в/м 1 раз в 4 недели - детям старше 7 лет;
- бициллин-5 по 750 000 ЕД в/м 1 раз в 2 недели - детям до 7 лет, 1500000 ЕД в/м 1 раз в 4 недели - детям старше 7 лет;
- экстециллин - 2 400 000 ЕД в/м 1 раз в 3 недели.

3. Лечение острых интеркуррентных инфекций, при необходимости - с применением нестероидных противовоспалительных препаратов в течение 10 дней под контролем анализа крови.

При ангинах курс антибиотикотерапии препаратами пенициллинового ряда в течение 10 дней.

4. Занятия физкультурой: первый год после атаки - ЛФК, второй год - специальная группа, третий год - подготовительная группа, четвертый - основная группа с освобождением от соревнований, пятый год - основная группа.

5. Санаторно-курортное лечение

Список рекомендуемой литературы.

1. Мазурин А.В., Воронцов И.М. Пропедевтика детских болезней. М., 1985.
2. Детские болезни. Под редакцией А.Ф.Тура, С.В. Тарасова, Н.П.Шабалова. Л., 1985.
3. Детские болезни. Под редакцией Н.П.Шабалова. Л., 1993.
4. Фармако-рецептурный справочник педиатра. Под редакцией И.Н.Усова. Минск, 1990.
5. Болезни детей старшего возраста. Под редакцией Баранова М.М. М., 1998.
6. Студеникин М.Я. Аллергические болезни у детей. - М.: Медицина, 1986.
7. Насонова В.А., Астапенко М.Г. Клиническая ревматология. М., 1989.
8. Болезни сердца и сосудов у детей- Белоконь, 1987г
9. Современные лекарственные средства-А.Т Бурбелло 2006г
10. Новый справочник по детской кардиологии-Орлова Н.М-2005г