

Ревматическая лихорадка в практике семейного врача.

***Доцент кафедры внутренних
болезней №3, канд. мед. наук
Кардашевская Л.И.***

Актуальность

- Интерес к хроническим ревматическим болезням с позиций семейного врача объясняется тем, что ими страдают все возрастные группы – дети и подростки, взрослые и старики.
- Кроме того, для большинства ревматических заболеваний характерна семейно-генетическая предрасположенность, приводящая к значительному накоплению таких больных в отдельных семьях.
- Риск развития ревматологической патологии особенно высок у родственников I степени родства (родителей, сибсов).

Ревматизм (б-нь Соколяского-Буйо)

- - системное, аутоиммунное воспалительное заболевание соединительной ткани, возникающее как отсроченное следствие стрептококковой инфекции.
- Поражает суставы, сердце, ЦНС, кожу, подкожные ткани, сердце.
- *Активный (первичная атака) = острая ревматическая лихорадка.*

Эпидемиология, этиология.

- Возраст – 5-25 лет.
- Женщины чаще (70 %).
- Распространенность в странах СНГ – 1,2-2%.
- Индуцируется β -гемолитическим стрептококком гр. А (имеют антигенное сходство с макроорганизмом и АСТ перекрестно реагируют с тканями сердца и других органов). Системность поражения связана с длительной циркуляцией иммунных комплексов и их фиксацией в органах и тканях.

Эпидемиология

- С середины 20 века, в связи с повсеместным использованием антибиотиков, болезнь пошла на спад. Но, периодически в мире наблюдаются вспышки ревматизма, причем в странах с самым высоким медицинским сервисом и уровнем жизни.
- Последняя из них в США и в Англии наблюдалась в середине 80 -х годов (в 1985 -1987 гг.), а в России в 1992-1994 годах.

Основными причинами этой вспышки явились:

1. ослабление настороженности врачей в отношении ОРЛ;
2. недостаточное знание клиники ОРЛ;
3. неполное обследование и лечение больных со стрептококковым тонзиллофарингитом;
4. изменение вирулентности стрептококка ("ревматогенный" стрептококк).

Эпидемиология

С 1997 года первичная заболеваемость ревматизмом в России вновь снизилась.

- Однако данные эпидемиологов свидетельствуют о том, что в последние годы вновь появилась и нарастает стрептококковая инфекция, возникли новые, ассоциированные с ней, заболевания и есть реальная угроза роста заболеваемости ОРЛ.
 - Имеет также значение способность стрептококка к мутации, наличие вековых ритмов, свойственных агрессивной стрептококковой инфекции и снижение чувствительности стрептококков к пенициллинам.
- Ожидается всплеск заболеваемости ОРЛ в 21-веке.

Факторы риска острой ревматической лихорадки (ОРЛ)

- возраст 7-20 лет;
- женский пол (женщины в 2,6 раза болеют чаще, чем мужчины);
- наследственность и недоношенность, врожденные аномалии соединительной ткани, несостоятельность коллагеновых волокон;
- перенесенная острая стрептококковая инфекция и частые носоглоточные инфекции;
- неблагоприятные условия труда и жизни (проживание в помещении с повышенной влажностью, низкой температурой воздуха и др.).

Критерии диагностики ревматической лихорадки (Т.Д. Jones, 1944, АНА)

Большие критерии

- Кардит (клинический/субклинический).
- Полиартрит (+моноартрит, полиартралгия при высоком риске).
- Хорея.
- Кольцевидная эритема.
- Подкожные узелки.

Критерии диагностики ревматической лихорадки (Т.Д. Jones, 1944, АНА)

■ Малые критерии

- Полиартралгия (моноартралгия при высоком риске).
- Лихорадка $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$.
- СОЭ ≥ 60 мм/ч (≥ 30 мм/ч при высоком риске) и/или СРБ ≥ 3.0 мг/дл.
- $>PR$ интервала (исключая кардит).

- *Диагноз считается вероятным у больных, перенесших недавно стрептококковую инфекцию, при наличии у них 2-х больших либо 1-го большого и 2-х малых критериев.*

Диагностика стрептококковой инфекции

- Клиника: лихорадка $>38^{\circ}\text{C}$, передняя шейная лимфаденопатия, нет кашля, охриплости голоса, конъюнктивита.
- Стрептококковая культура из глотки.
- Стрептококковый антиген в мазках с миндалин в экспресс-тесте.
- Повышенные или повышающиеся титры антистрептококковых антител (АСЛ-О $>400\text{--}600$ Ед/мл).

Диагностика

- Лабораторные данные: специфических тестов нет.
- Выявляют: лейкоцитоз, ускорение СОЭ, СРБ, повышение титра антистрептококковых АТ и анти-О стрептолизиннов. Из зева высевают β -гемолитический стрептококк гр. А.
- ЭКГ: синусовая тахи- или брадикардия, ЭС, ФП, АВ-блокады.
- ЭхоКГ: кардит, эндокардит (лучше в динамике).

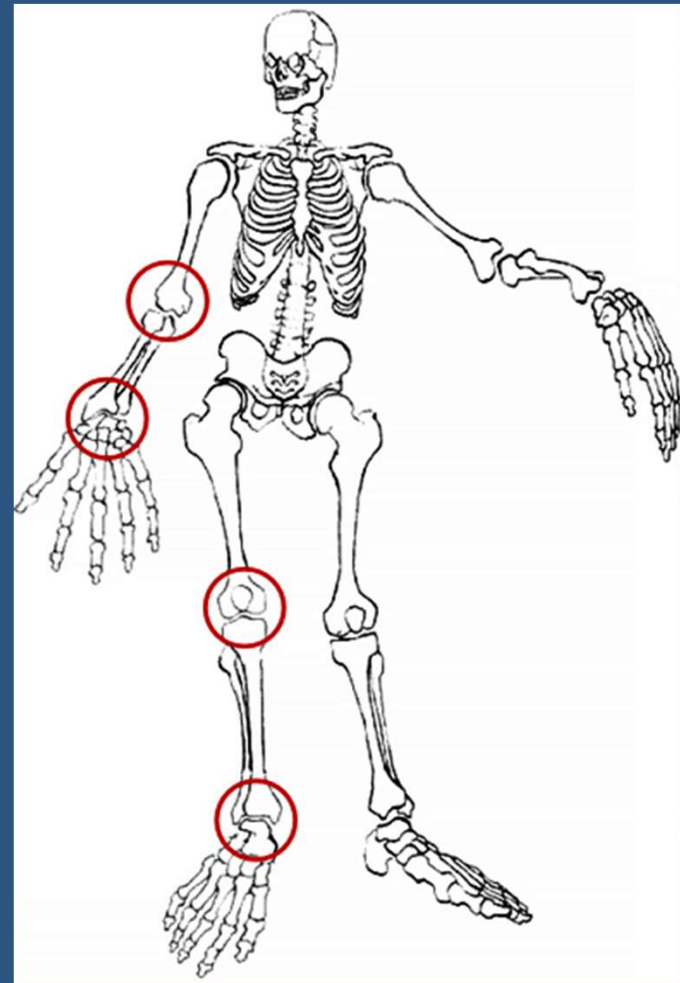
Ревматический артрит

■ Частая локализация

- коленные суставы,
- голеностопные суставы,
- локтевые суставы,
- лучезапястные суставы.

■ Редкая локализация

- плечевые суставы,
- мелкие суставы кистей рук,
- тазобедренные суставы.



Ревматический артрит (характеристика)

- • В первой атаке встречается в 75% случаев,
 - нередко единственный большой критерий,
 - через 2–3 нед после стрептококковой инфекции,
 - асимметричный,
 - мигрирующий,
 - непродолжительный (до 2–3 нед без лечения),
 - без деструкций и деформаций,
 - полиартрит (>3 суставов),
 - быстрый (до 48 ч) эффект от салицилатов.

Эхокардиографические критерии ревматической болезни сердца (ВОЗ)

- **Определенная ревматическая болезнь сердца**
 - Патологическая митральная регургитация и >1 морфологического признака ревматической болезни сердца (РБС) митрального клапана.
 - Митральный стеноз с градиентом ≥ 4 мм рт. ст.
 - Патологическая аортальная регургитация и >1 морфологического признака РБС аортального клапана у пациента <35 лет.
 - Патологическая аортальная регургитация и >1 морфологического признака РБС митрального клапана.

Изменения митрального клапана

Патологическая митральная регургитация (должны быть все четыре критерия)

- Выявлена в двух исследованиях.
- Длина струи ≥ 2 см.
- Пиковая скорость > 3 м/с.
- Пансистолическая струя.

Морфологические признаки РБС митрального клапана

- Толщина передней створки $\geq 3, 4$ или 5 мм (при возрасте $< 21, 21-40, > 40$ лет).
- Утолщение хорды.
- Ограничение движения створки.
- Сильные колебания конца створки в систолу.

Изменения аортального клапана

Патологическая аортальная регургитация (должны быть все четыре критерия)

- Выявлена в двух исследованиях.
- Длина струи ≥ 1 см.
- Пиковая скорость > 3 м/с в раннюю диастолу.
- Пандиастолическая струя.

Морфологические признаки РБС аортального клапана

- Нерегулярное или локальное утолщение створки.
- Дефект смыкания.
- Ограничение движения створки.
- Пролапс.

Классификация (по А.И. Нестерову, 1964г.)

- Фаза болезни: (неактивная, активная I, II, III)ст.
- Клинико-анатомическая характеристика поражений сердца и других органов.
- Характер течения заболевания: острое, подострое, непрерывно-рецидивирующее, латентное.
- Состояние кровообращения по Н.Д. Стражеско, В.Х. Василенко, Г.Ф. Лангу (сердечная недостаточность).

Классификация (АРР)

- **Варианты:** острая, повторная ревматическая лихорадка.
- **Клиника:** кардит (миокардит, вальвулит, перикардит), полиартрит, хорея, кольцевидная эритема, подкожные узелки.
- **Исход:** выздоровление, хроническая ревматическая болезнь сердца (с пороком, без порока).
- **Сердечная недостаточность:** I–IV функциональный класс по NYHA.

Формулировка диагноза

- Острая ревматическая лихорадка: миокардит, перикардит, фибрилляция предсердий, митральный вальвулит, мигрирующий полиартрит, ХСН III ФК, IIБ.
- Повторная ревматическая лихорадка: кардит, тяжелый митральный стеноз. ХСН II ФК, IIА.

Дифференциальный диагноз

- Инфекционный эндокардит;
- Системные болезни соединительной ткани (СКВ, СС, РА);
- Сывороточная и лекарственная болезни;
- Саркоидоз;
- Системный васкулит и другие.

Лечение

- **Антибиотики:** бензилпенициллин 1.2 млн. ЕД/сут 14 дней, эритромицин 250 мг 4 раза.
- **НПВС:** аспирин 80–100 мг/кг/сут в 3 приема, напроксен 15–20 мг/кг/сут в 2 приема.
- **Кортикостероиды** при высокой степени активности, коротким курсом.
- **Сердечная недостаточность:** ограничение соли, диуретики при необходимости, ИАПФ/БРА.

Активный ревматизм – госпитализация в стационар.

Профилактика ревматизма

- **Первичная** – выявление и лечение носителей стрептококковой инфекции, санация очагов глоточной инфекции, здоровый образ жизни, улучшение социальных условий жизни населения.
- **Вторичная** – длительное применение пролонгированных пенициллинов:

Первичная профилактика

Лечение стрептококкового фарингита для предупреждения развития ревматической лихорадки (FDA).

- Бензатин пенициллин 1.2 млн. в/м однократно.
- Амоксициллин 0.5 г 2 раза 10 дней per os.
- Азитромицин 500 мг 1 раз 5 дней per os.

Вторичная профилактика (ВОЗ)

- Постоянная антибиотикотерапия пациентов после ревматической лихорадки или с ревматической болезнью сердца (РБС) для предупреждения стрептококкового фарингита и повторных атак ревматической лихорадки.
- Бензатинпенициллин 1.2 млн. 1 раз в 3–4 нед.
 - **Без кардита**: до 18 лет, минимум 5 лет.
 - **Кардит**: до 25 лет, минимум 10 лет.
 - **Порок сердца**: пожизненно.