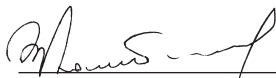


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель
министра здравоохранения



В.В. Колбанов

31 декабря 2003 г.

Регистрационный № 194–1203

**ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ
И ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОЙ
РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Инструкция по применению

Учреждения-разработчики: Белорусская медицинская академия последипломного образования, 4-я детская клиническая больница г. Минска

Авторы: Л.М. Беляева, Е.К. Хрусталева, Е.А. Колупаева, Е.В. Войтова, Л.А. Лазарчик

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

1. Хронический тонзиллит.
2. Ангина.
3. Артрит, артралгии, появившиеся после перенесенной носоглоточной инфекции.
4. Лихорадка, появившаяся через 1–2 недели после перенесенной носоглоточной инфекции.
5. Увеличение СОЭ и наличие воспалительных изменений в анализе крови после перенесенной носоглоточной инфекции.
6. Изменения на ЭКГ, выявленные через 1–2 недели после перенесенной ангины или носоглоточной инфекции.
7. Стрептоаллергический диатез.
8. Острая ревматическая лихорадка.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

При наличии у пациента указанных выше патологических состояний необходимо провести следующие обследования.

Обязательные:

- физикальное обследование больного;
- общий анализ крови;
- биохимический анализ крови (белок и фракции, СРБ, титр АСЛ-О, серомукоид);
- ЭКГ;
- УЗИ сердца;
- мазок из зева на стрептококк и чувствительность к антибиотикам;
- общий анализ мочи.

Дополнительные (назначаются если нет ясности в диагнозе, а также для прогнозирования течения острой ревматической лихорадки):

- рентгенография органов грудной клетки;
- иммунограмма;
- HLA-типирование;
- консультация ЛОР-врача.

После проведенного обследования необходимо определить степень активности острой ревматической лихорадки.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АКТИВНОСТИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ

Для **острой ревматической лихорадки I (минимальной) степени активности** характерно:

1. Клинические проявления:

– без вовлечения в процесс сердца, но с проявлениями малой хореи;

– изолированный миокардит;

– латентное течение.

2. Данные рентгенологического и ультразвукового обследования весьма различны и зависят от клинико-анатомической характеристики процесса.

3. ЭКГ-признаки поражения миокарда (при наличии миокардита): снижение вольтажа зубцов ЭКГ, атриовентрикулярная блокада I ст., увеличение электрической активности миокарда левого желудочка, возможна экстрасистолия.

4. Показатели крови: нерезко выраженные воспалительные изменения (СОЭ до 20–30 мм/ч).

5. Серологические тесты: АСЛ-О > 200 ЕД (верхняя граница нормы).

Для **острой ревматической лихорадки II (умеренной) степени активности** характерно:

1. Клинические проявления:

– поражение миокарда и эндокарда (эндомиокардит), явления сердечной недостаточности I и II ст.

2. Данные рентгенологического и ультразвукового обследования соответствуют клиническим проявлениям. У пациентов с сердечной недостаточностью рентгенологически выявляется расширение тени сердца в поперечнике, а при УЗИ сердца — снижение сократительной способности миокарда левого желудочка.

3. ЭКГ-признаки миокардита, может быть временное удлинение интервала QT.

4. Показатели крови: лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом; СОЭ > 30 мм/ч; СРБ 1–3 плюса; α_2 -глобулины 11–16%; γ -глобулины 21–25%; серомукоиды > 0,21 ед.

5. Серологические тесты: АСЛ-О > 400 ЕД.

Для **острой ревматической лихорадки III степени активности** характерно:

1. Клинические проявления:

– эндомиокардит с явлениями сердечной недостаточности ПБ ст.;
– панкардит с явлениями сердечной недостаточности ПА и ПБ ст.;
– ревматический процесс с поражением сердца (двух или трех оболочек) и малой хореей с выраженной сердечной недостаточностью.

2. Данные рентгенологического и ультразвукового обследования соответствуют клиническим проявлениям.

3. ЭКГ-признаки: те же, что и при II ст. активности. Могут присоединиться мерцание предсердий, политопные экстрасистолы.

4. Показатели крови: лейкоцитоз, часто с нейтрофильным сдвигом; СОЭ более 30 мм/ч; СРБ 3–4 плюса; фибриноген 10 г/л и выше; уровень α_2 -глобулинов > 15%, γ -глобулинов 23–25% и выше; серомукоид выше 0,3 ед.

5. Серологические тесты: титры антистрептолизина-О, антистрептогиалуронидазы, стрептокиназы выше допустимых цифр в 3–5 раз.

ЛЕЧЕНИЕ

В зависимости от установленной степени активности острой ревматической лихорадки назначается дифференцированное лечение.

При **острой ревматической лихорадке I (минимальной) степени активности** назначают:

1. Нестероидные противовоспалительные препараты (один из):

– диклофенак натрий — 2 мг/кг в сутки в 2–3 приема в течение 1–1,5 мес.;

– ибупрофен — 20–40 мг/кг/сут в 3–4 приема в течение 2–3 мес.;

– нимесулид — 4–5 мг/кг/сут в 2 приема в течение 1–3 мес.;

– индометацин — 2–3 мг/кг/сут в течение 1–3 мес.

2. Антибактериальные препараты назначают в течение 10–14 дней:

– из группы полусинтетических пенициллинов: ампициллин, оксациллин, карбенициллин — детям дошкольного возраста 500–750 тыс. ЕД/сут, школьникам — 1000–1500–2000 тыс. ЕД/сут, амоксициллин — 40 мг/кг в 3 приема;

– из группы макролидов: эритромицин — 40 мкг/кг/сут в 2–4 приема, но не более 1 г/сут; азитромицин — 10 мг/кг первый день, затем 5 мг/кг 4 дня в один прием;

– из группы цефалоспоринов: цефалексин — 25–50 мг/кг/сут в 2–4 приема, цефадроксил — 30 мг/кг/сут в 2 приема.

При **острой ревматической лихорадке II степени активности** назначают:

1. Глюкокортикостероиды: преднизолон в средних дозах: детям до 10 лет — 20 мг/сут, старше 10 лет и при наличии вальвулита — 25–30 мг/сут в течение 10–14 дней, затем постепенное снижение дозы (курс лечения в среднем составляет 6–8 недель).

2. Нестероидные противовоспалительные препараты назначают пациентам без признаков вальвулита или при необходимости после приема глюкокортикостероидов: перечень лекарственных препаратов и их дозы те же, что и при I ст. активности лихорадки.

3. Антибактериальные препараты назначают обычно в течение 10–14 дней. При сохранении высокого титра АСЛ-О рекомендуется проведение второго курса антибактериальной терапии в течение 7–10 дней. Применяются те же препараты, что и при I ст. активности острой ревматической лихорадки.

4. При наличии у пациента признаков сердечной недостаточности дополнительно назначают:

– сердечные гликозиды: дигоксин из расчета 0,04–0,05 мг/кг (доза насыщения) на три дня, затем поддерживающая доза (1/5 от дозы насыщения) до снятия клинических симптомов сердечной недостаточности;

– диуретические средства: петлевые диуретики — фуросемид: 1–3 мг/кг/сут в течение 2–3 дней; калийсберегающие — спиронолактон: 3–5 мг/кг/сут в течение 3 недель;

– кардиотрофные препараты — аспаркам (панангин) по 1/2–1 табл. 2–3 раза в день в течение 3 недель, антиоксиданты (антиоксикапс, аевит) 1 капс. утром в течение 3–4 недель.

При **острой ревматической лихорадке III степени активности** назначают:

1. Глюкокортикостероиды: преднизолон — от 25 до 40 мг/сут в течение 14 дней, затем постепенное снижение дозы (курс лечения в среднем составляет 6–8 недель).

2. Нестероидные противовоспалительные препараты при сохранении клинической и лабораторной активности дополнительно назначаются к глюкокортикостероидам, при этом их дозы составляют 2/3 от приведенных выше (при I ст. активности острой ревматической лихорадки).

3. При наличии у пациента признаков сердечной недостаточности дополнительно назначают:

– сердечные гликозиды: дигоксин из расчета 0,04–0,05 мг/кг (доза насыщения) на три дня, затем поддерживающая доза (1/5 от дозы насыщения) до снятия клинических симптомов сердечной недостаточности;

– диуретические средства: петлевые диуретики — фуросемид: 1–3 мг/кг/сут в течение 2–3 дней; калийсберегающие — спиронолактон: 3–5 мг/кг/сут в течение 3 недель;

– кардиотрофные препараты — аспаркам (панангин) по 1/2–1 табл. 2–3 раза в день в течение 3 недель, антиоксидантный комплекс (антиоксикапс, аевит, триовит) по 1 капс. утром в течение 3–4 недель.

4. Антибактериальные препараты назначают в течение 10–14 дней, а при сохранении активности процесса и высоком титре АСЛ-О проводят второй курс антибактериальной терапии:

– полусинтетические пенициллины: ампициллин, оксациллин, карбенициллин — детям дошкольного возраста 500–750 тыс. ЕД/сут, школьникам — 1000–1500–2000 тыс. ЕД/сут, амоксициллин — 40 мг/кг в 3 приема, или

– из группы макролидов: эритромицин — 40 мг/кг/сут в 2–4 приема, но не более 1 г/сут; азитромицин — 10 мг/кг первый день, затем 5 мг/кг 4 дня в один прием, или

– из группы цефалоспоринов: цефалексин — 25–50 мг/кг/сут в 2–4 приема, цефадроксил — 30 мг/кг/сут в 2 приема.

При клинических проявлениях **малой хорей** (она может наблюдаться при любой степени активности острой ревматической лихорадки) дополнительно к основной терапии назначают:

– ноотропные препараты: пирацетам — 0,2–0,4 г 2–3 раза в сутки, курс до 2 мес.;

– анксиолитики (транквилизаторы): алпразолам — 0,25 мг 2 раза в сутки, 10–14 дней, или

– нейролептики: тиоридазин — дошкольникам 10–20 мг/сут, школьникам — 20–30 мг/сут, 10–14 дней.

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ

Показания: ангина, хронический тонзиллит в стадии обострения.

При вышеперечисленных состояниях назначается следующее лечение:

1. Антибактериальные препараты в течение 7–10–14 дней:

– из группы полусинтетических пенициллинов: ампициллин, оксациллин, карбенициллин — детям дошкольного возраста 500–750 тыс. ЕД/сут, школьникам — 1000–1500–2000 тыс. ЕД/сут, амоксициллин — 40 мг/кг в 3 приема;

– или из группы макролидов: эритромицин — 40 мг/кг/сут в 2–4 приема, но не более 1 г в сутки; азитромицин — 10 мг/кг первый день, затем 5 мг/кг 4 дня в один прием;

– или из группы цефалоспоринов: цефалексин — 25–50 мг/кг/сут в 2–4 приема, цефадроксил — 30 мг/кг/сут в 2 приема.

2. Симптоматическая терапия (жаропонижающие, антигистаминные препараты).

3. После окончания курса антибактериальных препаратов назначается бициллин-5 в дозе 750 тыс. ЕД дошкольникам и 1500 тыс. ЕД школьникам однократно.

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ

Показания: острая ревматическая лихорадка.

Бициллинопрофилактика начинается после окончания курса антибактериальной терапии больным с острой ревматической лихорадкой и проводится круглогодично в течение 5 лет.

С этой целью назначается:

– бициллин-5: детям до 10 лет — 750 тыс. ЕД 1 раз в 2 недели, старше 10 лет — 1500 тыс. ЕД 1 раз в 4 недели;

– или экстенциллин (ретарпен) — детям до 10 лет — 1200 тыс. ЕД, старше 10 лет — 2400 тыс. ЕД 1 раз в 4 недели.

При непереносимости пролонгированных пенициллинов можно назначать антибиотики из групп макролидов, цефалоспоринов по 7–10 дней каждого месяца на протяжении 2–5 лет.

Пациентам, особо подверженным высокому риску рецидивирования заболевания и при наличии антигенов HLA-системы A2 и B7

или В35, бициллин-5 назначают: дошкольникам 1 раз в 10 дней по 750 тыс. ЕД, школьникам — 1500 тыс. ЕД 1 раз в 3 недели, вплоть до 18-летнего возраста.

При наличии у пациентов признаков формирующегося или сформированного порока сердца, антигенов HLA-системы A2 и B7 или В35, а также пациентам из группы риска по формированию пороков сердца круглогодичная профилактика проводится до достижения 18 лет.

Диагностические критерии группы риска по формированию пороков сердца:

– наличие острой ревматической лихорадки у родственников первой степени родства;

– наличие синдрома дисплазии соединительной ткани сердца, выявляемого при УЗИ сердца (ПМК I–II ст. с миксоматозными изменениями створок; открытое овальное окно; аневризмы внутрисердечных перегородок; дополнительные аномально расположенные хорды в желудочках); наличие дополнительных проводниковых путей, определяемых по ЭКГ (синдромы укороченного интервала PQ, WPW, преждевременного парциального возбуждения желудочков и др.);

– наличие стрептоаллергического диатеза в анамнезе;

– женский пол;

– возраст пациента до 10 лет;

– наличие клапанного эндокардита;

– наличие генетических маркеров HLA-системы: для развития недостаточности митрального клапана — антигенов HLA A2 и HLA B7, аортального клапана — HLA B35.

Пациента относят к группе риска при наличии трех и более диагностических критериев.

Больным с острой ревматической лихорадкой, отнесенным к группе риска, при лечении в качестве противовоспалительного препарата назначаются глюкокортикостероиды (преднизолон) и проводится два курса антибактериальной терапии. Вторичная профилактика этим пациентам проводится до достижения возраста 18 лет.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Аллергические реакции на препараты пенициллинового ряда. В таких случаях вместо этих препаратов назначают другие антибактериальные препараты из групп макролидов, цефалоспоринов.

При аллергической реакции на бициллин с целью вторичной профилактики острой ревматической лихорадки назначают антибактериальные препараты из групп макролидов или цефалоспоринов по 7–10 дней каждого месяца на протяжении 2–5 лет.

Противопоказаний к применению нет.