

Утверждено
на Экспертной комиссии
по вопросам развития здравоохранения
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
протокол №10
от 4 июля 2014 года

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1. Название протокола: Острая ревматическая лихорадка

2. Код протокола:

3. Коды по МКБ-10:

100-102 Острая ревматическая лихорадка;

I00 Ревматическая лихорадка без упоминания о вовлечении сердца

I01.0 Острый ревматический перикардит

I01.1 Острый ревматический эндокардит

I01.2 Острый ревматический миокардит

I01.8 Другие острые ревматические болезни сердца

I01.9 Острая ревматическая болезнь сердца неуточненная

I02 Ревматическая хорея

4. Дата разработки протокола: 2014 год

5. Сокращения, используемые в протоколе:

АЛТ - аланинаминотрансфераза

АСТ - аспартатаминотрансфераза

АСЛО - антистрептолизин-0

АТ - антитела

АГ - антиген

АЧТВ - Активированное частичное тромбопластиновое время

БГСА - β -гемолитический стрептококк группы А

ГК - глюкокортикостероиды

ДНК-аза В - дезоксирибонуклеаза В

ИАПФ - ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

К⁺ - калий,

ЛС - лекарственные средства

МРТ - магнитно-резонансная томография

МНО - Международное нормализованное отношение

НПВП - нестероидные противовоспалительные препараты

Na⁺ - натрий,

ОАК - общий анализ крови

ОАМ - общий анализ мочи

ОРЛ - острая ревматическая лихорадка
 ПВ - протромбиновое время
 ПТИ - протромбиновый индекс
 РПС - ревматические пороки сердца
 РФ - ревматоидный фактор
 РОГК - обзорная рентгенограмма грудной клетки
 СОЭ - скорость оседания эритроцитов
 СКВ - системная красная волчанка
 СРБ - С-реактивный белок
 ХРБС - хроническая ревматическая болезнь сердца
 ЦНС - центральная нервная система
 УЗИ ОБП - ультразвуковое исследование органов брюшной полости
 ФГДС - фиброгастродуоденоскопия
 ЭКГ - электрокардиография
 ЭХО-КГ - эхокардиография

6. Категория пациентов: дети.

7. Пользователи протокола: ревматологи, педиатры, врачи общей практики, врачи скорой помощи.

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

8. Определение:

Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ) – постинфекционное осложнение А-стрептококкового тонзиллита (ангины) или фарингита в виде системного воспалительного заболевания соединительной ткани с преимущественной локализацией в сердечно-сосудистой системе (ревмокардит), суставах (мигрирующий полиартрит), мозге (хорея) и коже (кольцевидная эритема, ревматические узелки), развивающееся у предрасположенных лиц (главным образом, молодого возраста, от 7 до 15 лет) в связи с аутоиммунным ответом организма на АГ стрептококка и перекрёстной реактивностью со схожими аутоантигенами поражаемых тканей человека (феномен молекулярной мимикрии) [10].

9. Классификация:

Таблица 1 Клиническая классификация ревматической лихорадки (АРР, 2003 г.) [11].

Клинические варианты	Клинические проявления		Исход	Стадия НК	
	основные	дополнительные		КСВ*	NY HA **
1. ОРЛ	Кардит	Лихорадка	Выздоровление	0	0
2. Повторная ревматическая лихорадка	Артрит	Артралгии	Хроническая ревматическая болезнь сердца: - без порока	I	II
	Хорея	Абдоминальный синдром			
	Кольцевидная эритема	Серозиты			
	Ревматические			IIA	III

	узелки		сердца***, - с пороком сердца****	IIБ III	IV
--	--------	--	---	------------	----

Примечание: *по классификации Стражеско-Василенко; **функциональный класс по NYHA; ***возможно наличие поствоспалительного краевого фиброза клапанных створок без регургитации, которое уточняют с помощью ЭХО-КГ; ****при наличии впервые выявленного порока сердца необходимо, по возможности, исключить другие причины его формирования (инфекционный эндокардит, первичный антифосфолипидный синдром, кальциноз клапанов дегенеративного генеза и др.)

10. Показания к госпитализации:

Показания для экстренной госпитализации:

- явления ревматической хореи;
- воспалительная активность крови;
- кардиты;
- артриты;
- кольцевидная эритема;
- ревматические узелки.

Показания для плановой госпитализации:

- активность воспалительного процесса сердца;
- воспалительная активность крови;
- явления ревматической хореи.

11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий:

11.1. Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- 1) ОАК;
- 2) Биохимический анализ крови (креатинин, общий белок, К⁺, Na⁺, АЛТ, АСТ, общий и прямой билирубин, глюкоза, СРБ, РФ, АСЛО);
- 3) ОАМ;
- 4) ЭКГ.

11.2. Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- 1) РОГК;
- 2) ЭХО-КГ;
- 3) ФГДС;
- 4) Бактериологическое исследование мазка из зева на патологическую флору и чувствительность к антибиотикам.

11.3. Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию:

- 1) ОАК;
- 2) Биохимический анализ крови (креатинин, общий белок, К⁺, Na⁺, АЛТ, АСТ, общий и прямой билирубин, глюкоза, СРБ, РФ, АСЛО);
- 3) ОАМ;
- 4) ЭКГ.

11.4. Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне (при экстренной госпитализации проводятся диагностические обследования, не проведенные на амбулаторном уровне):

- 1) ОАК;
- 2) Биохимический анализ крови (креатинин, общий белок, К⁺, Na⁺, АЛТ, АСТ, общий и прямой билирубин, глюкоза, СРБ, РФ, АСЛО);
- 3) ОАМ;
- 4) РОГК;
- 5) ЭКГ;
- 6) ЭХО-КГ.

11.5. Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне (при экстренной госпитализации проводятся диагностические обследования, не проведенные на амбулаторном уровне):

- 1) Биохимический анализ крови (определение лактатдегидрогеназы, крестининфосфокиназы, К⁺, Na⁺);
- 2) Коагулограмма: определение АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген;
- 3) Определение антител к модифицированному цитруллинированному виментину (Anti-CCP) в сыворотке крови ИФА методом;
- 4) Определение антинуклеарных антител (АНА методом ИФА);
- 5) Определение антител к экстрагируемому антигену (ЭНА методом ИФА);
- 6) Определение антител к цитоплазме нейтрофилов (АНЦА методом ИФА);
- 7) Определение иммуноглобулинов в сыворотке крови (IgG, IgM, IgA);
- 8) Бактериологическое исследование крови на стерильность;
- 9) Бактериологическое исследование мазка из зева на патологическую флору и чувствительность к антибиотикам;
- 10) Диагностическая пункция суставов с цитологическим и бактериологическим исследованием синовиальной жидкости;
- 11) ФГДС;
- 12) Рентгенография суставов;
- 13) УЗИ суставов
- 14) Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру;
- 15) МРТ головного мозга с контрастированием (показание: ревматическая хорея);
- 16) Компьютерная томография грудного сегмента (при специфических изменениях при РОГК);
- 17) Компьютерная томография суставов (при специфических рентгенологических изменениях);
- 18) Компьютерная томография головного мозга (при ревматической хорее);
- 19) Электроэнцефалография;
- 20) Электромиография;
- 21) Офтальмоскопия: осмотр глазного дна.

11.6. Диагностические обследования, проводимые на этапе скорой неотложной помощи:

1) ЭКГ.

12. Диагностические критерии*** (описание достоверных признаков заболевания в зависимости от степени тяжести процесса):

Диагностические критерии:

Для диагностики ОРЛ применяют критерии Киселя-Джонса, пересмотренные Американской кардиологической ассоциацией в 1992 г. и модифицированные Ассоциацией ревматологов России в 2003 года (таблица 2) [11].

Таблица 2 Международные критерии для диагностики ОРЛ.

Большие критерии	Малые критерии	Данные, подтверждающие предшествующую А-стрептококковую инфекцию
Кардит Полиартрит Хорея Кольцевидная Эритема Подкожные ревматические узелки	Клинические: • артралгии • лихорадка Лабораторные: повышенные острофазовые реактанты: • СОЭ; • СРБ. Инструментальные: Удлинение интервала P-Q на ЭКГ Признаки митральной и /или аортальной регургитации при доплер – ЭХО-КГ	• Позитивная А-стрептококковая культура, выделенная из зева, • или положительный тест быстрого определения А-стрептококкового антигена, повышенные или повышающиеся титры противострептококковых антител - АСЛО, анти-ДНК-аза В

Наличие двух больших критериев или одного большого и двух малых критериев в сочетании с данными, подтверждающими предшествующую БГСА-инфекцию, свидетельствует о высокой вероятности ОРЛ.

Особые случаи:

- Изолированная («чистая») хорея при отсутствии других причин.
- «Поздний» кардит - растянутое во времени (>2 мес) развитие клинических и инструментальных симптомов вальвулита (при отсутствии других причин).
- Повторная ОРЛ на фоне хронической ревматической болезни сердца (или без неё).

12.1 Жалобы и анамнез:

У детей дошкольного и младшего школьного возраста через 2-3 недели после ангины внезапно повышается температура до фебрильных цифр,

появляются симметричные мигрирующие боли в крупных суставах (чаще всего коленных), признаки кардита (перикардальные боли, одышка, сердцебиение и др.). В особых случаях наблюдается моносиндромное течение с преобладанием признаков артрита или кардита или хореи.

Для подростков характерно постепенное начало: после стихания клинических проявлений ангины появляются субфебрильная температура, артралгии в крупных суставах или только умеренные признаки кардита.

Повторная атака (рецидив) ОРЛ провоцируется БГСА-инфекцией и проявляется преимущественно развитием кардита.

12.2 Физикальное обследование:

- Температурная реакция варьирует от субфебрилитета до лихорадки.

- **Кожные проявления:**

Кольцевидная эритема (бледно-розовые кольцевидные высыпания на туловище и проксимальных отделах конечностей, но не на лице; не сопровождающиеся зудом, не возвышающиеся над поверхностью кожи, не оставляющие после себя следов) - характерный, но редкий (4-17% всех случаев ОРЛ) признак.

Подкожные ревматические узелки (мелкие узелки, расположенные в местах прикрепления сухожилий в области коленных, локтевых суставов или затылочной кости) - характерный, но крайне редкий (1-3% всех случаев ОРЛ) признак.

- **Суставной синдром:** преобладающая форма поражения олигоартрит, реже - моноартрит (коленные, голеностопные, лучезапястные, локтевые суставы). Характерны: доброкачественность, летучесть воспалительных поражений с переменным, часто симметричным вовлечением суставов, быстро разрешается на фоне НПВП, деформации не развиваются. В 10-15% случаев выявляются полиартралгии, не сопровождающиеся ограничением движений, болезненностью при пальпации и другими симптомами воспаления.

- **Синдромы поражения сердца.** митральная регургитация, систолический шум, мезодиастолический шум (низкочастотный), протодиастолический шум, пороки сердца диагностируются в 1/3 случаев.

- **Малая хорея** (гиперкинезы (подергивания) мышц туловища, конечностей, мимических мышц лица, дискоординации движений, снижение мышечного тонуса - преимущественно встречается у девочек 6-15 лет.

12.3 Лабораторные исследования:

- Воспалительная активность крови: увеличение СОЭ и положительный СРБ.

- Бактериологическое исследование: выявление в мазке из зева БГСА.

- Серологические исследования: повышенные или повышающиеся в динамике титры антистрептолизина-О, антистрептогигалуронидазы и антидезоксирибонуклеазы-В.

12.4 Инструментальные исследования:

- ЭКГ: Удлинение интервала P-Q;

- Эхокардиография: признаки митральной и/или аортальной регургитации;
- МРТ головы: картина васкулита сосудов головного мозга;
- Осмотр глазного дна - ангиопатии.

12.5 Показания к консультации специалистов:

- Консультация невропатолога показана в случае развития неврологической симптоматики для уточнения характера и степени поражения нервной системы и подбора симптоматической терапии.
- Консультация отоларинголога с целью исключения хронических очагов инфекции и согласования тактики лечения.
- Консультация кардиохирурга – при подозрении на вовлечение в патологический процесс сердечных клапанов с формированием порока(ов) сердца (стеноз/недостаточность) с целью согласования тактики лечения.
- Консультация окулиста - при ревматической хорее с целью определения нарушений микроциркуляции сосудов глаз и головного мозга.
- Консультация нейрохирургия – при подозрении на объемный процесс головного мозга.
- Консультация хирург – при подозрении на гнойно-воспалительные изменения в суставах.
- Консультация инфекциониста – при дифференциальной диагностике лихорадки неясного генеза.

12.6 Дифференциальный диагноз:

Таблица 3 Дифференциальный диагноз ОРЛ

Название болезни	Отличительные признаки
Инфекционный эндокардит	Преобладают зеленающие стрептококки, стафилококки и грамотрицательные микроорганизмы. - лихорадочный синдром не купируется полностью только при назначении НПВП. - характерны прогрессирующая слабость, анорексия, быстрая потеря массы тела. - быстро прогрессирующие деструктивные изменения сердечного клапана и симптомы застойной недостаточности кровообращения. - вегетации на клапанах сердца при ЭХО-КГ. - позитивная гемокультура.
Неревматический миокардит	имеет вирусную этиологию, характеризуется активным и эмоционально окрашенным характером кардиальных жалоб, отсутствием вальвулита, артрита и выраженных артралгий, диссоциацией клинических и лабораторных

	параметров, медленной динамикой под влиянием противовоспалительной терапии.
Идиопатический пролапс митрального клапана	Большинство больных имеют астенический тип конституции и фенотипические признаки, указывающие на врожденную дисплазию соединительной ткани (воронкообразная деформация грудной клетки, сколиоз грудного отдела позвоночника, синдром гипермобильности суставов, раннее развитие плоскостопия и др.)
Эндокардит Лимбана- Сакса	При СКВ обнаруживается в развернутой стадии заболевания и относится к категории признаков высокой активности болезни.
Постстрептококковый реактивный артрит	Встречается у больных среднего возраста, развивается после относительно короткого латентного периода от момента перенесенной БГСА-инфекции глотки, персистирует в течение длительного времени (около 2-х месяцев), протекает без кардита и недостаточно оптимально реагирует на терапию противовоспалительными препаратами.
Синдром PANDAS (pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with group A streptococcal infections)[1]	Характерны выраженность психиатрических аспектов, а также значительно более быстрое и полное регрессирование психоневрологической симптоматики только при адекватной противострептококковой терапии.
Клещевая мигрирующая эритема	Патогномичный признак ранней стадии лайм-боррелиоза - высыпания (в отличие от кольцевидной эритемы) развиваются на месте укуса клеща, обычно достигают больших размеров (6-20 см в диаметре), часто появляются в области головы и лица (особенно у детей); характерны жжение, зуд и регионарная лимфаденопатия.

13. Цели лечения:

- Эрадикация БГСА.
- Подавление активности воспалительного процесса.
- Профилактика у больных с перенесённым кардитом формирования РПС.

14. Тактика лечения:

14.1 Немедикаментозное лечение:

- Диета без ограничений при условии, что пациенты не получают кортикостероидную терапию (при получении кортикостероидной терапии

усилить белковую, калиевую, богатую витаминами, с ограничением соли и углеводов диету)[10].

- Постельный режим на 2-3 недели (в зависимости от тяжести кардита), создание ребенку индивидуального лечебно-двигательного режима с занятием ЛФК.

14.2 Медикаментозное лечение:

1) Антибактериальная терапия направлена на эрадикацию б-гемолитического стрептококка группы А:

- бензилпенициллин в 50 000-100 000 ЕД/кг/сут в течение 10 – 14 дней
- феноксиметилпенициллин 40/мг/кг/сут в 3 приема 10 дней
- амоксициллин по 0,125-0,5 г 3 раза в день 10 дней
- амоксициллин/клавуланат 1,875 г в 3 приема 10 дней

В случаях непереносимости препаратов пенициллина показано назначение одного из антибиотиков, в первую очередь макролидов[4]:

- азитромицин 10 мг/кг 1 раз в день, курсом 3 дня
- спирамицин 1,5-9,0 млн. МЕ в сутки 10 дней
- рокситромицин 5 мг/кг/сут в 2 приема 10 дней
- кларитромицин 15/мг/кг/сут в 2 приема 10 дней
- цефазолин 20-50-100 мг/кг/сут
- цефалексин 50-100 мг/кг/сут в 4 приема 10-14 дней
- цефуроксим по 50-100 мг/кг/сут 3-4 раза в сутки 10-14 дней
- цефтриаксон 50-100 мг/кг/сут
- цефтазидим 1-6 г/сут – 10 дней
- После курса антибактериальной терапии назначается бициллин-5 в дозе 600 000-1 200 000 ЕД – 1 раз в месяц или экстенциллин в той же дозе.

2) Патогенетическое лечение ОРЛ заключается в применении глюкокортикоидов и нестероидных противовоспалительных препаратов:

- преднизолон /метилпреднизолон назначают при высокой степени активности (увеличение СОЭ выше 40 мм/ч) в суточной дозе 1- 2 мг на кг (20 - 30- 60 мг) до достижения терапевтического эффекта, как правило, в течение 2-3 нед, с последующим снижением дозы (2,5 мг каждые 5 – 7 дней) вплоть до полной отмены;
- нестероидные противовоспалительные препараты ацетилсалициловая кислота 60-100 мг на кг, но не более 2,0 гр. в сутки, или индометацин 2-2,5-3 мг/кг/сут., или диклофенак 2-3 мг/кг/сут., или ибупрофен 30-40 мг/кг/сут., или напроксен 10-20 мг/кг/сут., или нимесулид 5 мг/кг/сут.

3. При наличии симптомов недостаточности кровообращения в план лечения включают сердечные гликозиды и диуретики: сердечные гликозиды – дигоксин в поддерживающей дозе 0,008-0,01 мг/кг/сут в 2 приема; диуретики: фуросемид 1-3 мг/кг/сут в 3 приема с переходом на или спиронолактон 3,3 мг/кг/сут в 2-3 приема.

4. Противоаритмические препараты по показаниям: пропранолол 0,25-0,5 мг/кг/сут в 3 приема или атенолол 50-100 мг в сутки однократно или

амиодарон 5-9 мг/кг/сут в 3 приема.

5. Ингибиторы АПФ: эналаприл 2,5-5-10 мг/сут в 2 приема или каптоприл (доза подбирается индивидуально) 0,3-1,0 мг/кг/сут в 3 приема.

6. Кардиометаболические препараты –карнитина хлорид 20% р-р, по 10-40 капель – 3 раза в день, инозин 0,4-0,8 г. в сутки. Одновременно назначать не более 2 препаратов кардиометаболического ряда с последующей заменой препаратов.

7. При наличии хореи дополнительно к этиотропной терапии назначается [2]:

- фенобарбитал по 10-50 мг 2-3 раза в сутки,
- диазепам 2,5-15 мг в сутки в 2-3 приема,
- препараты брома - бромид натрия 0,1-0,5г. 3-4 раза в день,
- бромкамфора 0,15-0,25 г. 2-3 раза в день,
- фенибут 0,15-0,25 г. 3 раза в день, комплекс витаминов группы В для приема внутрь по 1 таб. 2-3 раза в день.

14.2.1 Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне:

Перечень основных медикаментов:

Антибактериальная терапия

- Амоксициллин/клавулановая кислота 625 мг, 375мг (таблетки)
- Азитромицин 500 мг (таблетки)

Нестероидные противовоспалительные средства:

- диклофенак 50мг (таблетки)
- напроксен 275 мг (таблетки)

Перечень дополнительных медикаментов:

- Антибактериальная терапия (цефазолин 1,0 г, флакон)
- Гастропротекторы (омепразол 20 мг, капсулы)

14.2.2 Медикаментозное лечение, оказываемое на стационарном уровне:

Перечень основных медикаментов:

Антибактериальная терапия

- бензилпенициллин 1,0 г (флакон)
- феноксиметилпенициллин 250 мг (таблетки)
- амоксициллин 500 мг (капсулы)
- амоксициллин/клавуланат 375 мг, 625 мг (таблетки по 0,25 и 0,5 г амоксициллина и по 0,125 г клавулановой кислоты)

В случаях непереносимости препаратов пенициллина показано назначение одного из антибиотиков, в первую очередь макролидов[4]:

- азитромицин 125 мг, 500 мг (таблетки)
- спирамицин 1,5 млн, 3 млн (таблетки)
- рокситромицин 150 мг (таблетки)
- кларитромицин 250мг (таблетки)
- цефазолин 1,0 г (флакон)

- цефалексин 250 мг (капсулы), 2,5 г (порошок для приготовления суспензии)
- цефуроксим 750 мг, 1,5 г (флакон)
- цефтриаксон 500 мг, 1,0 г (флакон)
- цефтазидим 1,0 г (флакон)
- бензатина бензилпенициллин (экстенциллин, ретарпен) 1,2млн ЕД, 2,4 млн ЕД (флакон).

Нестероидные противовоспалительные средства:

- диклофенак 50 мг (таблетки)
- напроксен 275 мг (таблетки)
- ацетилсалициловая кислота 500 мг (таблетки)
- индометацин 25 мг (таблетки)
- нимесулид 100 мг (порошок).
- ибупрофен 200 мг (таблетки)

Глюкокортикоиды

- Преднизолон 5 мг, (таблетки)
- Преднизолон 30 мг (ампулы)
- Метилпреднизолон 4 мг (таблетки).

Перечень дополнительных медикаментов:

Диуретическая терапия

- Фуросемид 40 мг (таблетки)
- Гипотиазид 100 мг (таблетки)
- Верошпирон 25 мг, 50 мг (капсулы).

Сосудистая терапия:

- Пентоксифиллин 2%, 5 мл (ампулы)

Гастропротекторы:

- Омепразол 20 мг (капсулы)

Антигипертензивные средства

- Амлодипин 5 мг, 10 мг (таблетки)
- Метопролол 50 мг (таблетки)

Сердечные гликозиды:

- Дигоксин 0, 25 мг (таблетки)

Противоаритмические препараты:

- пропранолол 25 мг (таблетки)
- атенолол 50 мг (таблетки)
- амиодарон 200 мг (таблетки).

Ингибиторы АПФ:

- эналаприл 2,5 мг (таблетки)
- каптоприл 25 мг (таблетки)

Кардиометаболические препараты:

- карнитина хлорид 20% р-р
- инозин 0,4 г (таблетки)

Антигиперкинетическая терапия:

- фенобарбитал 0,1 г (таблетки)
- диазепам 5 мг (таблетки)

Седативная терапия:

- бромид натрия 0,15 (таблетки)
- бромкамфора 150 мг (таблетки)
- фенибут 250 мг (таблетки)

14.2.3 Медикаментозное лечение, оказываемое на этапе скорой неотложной помощи:

Нестероидные противовоспалительные средства:

- парацетамол 500 мг (таблетки)
- диклофенак 50 мг (таблетки)
- нимесулид 100 мг, (порошок)

14.3 Другие виды лечения:

14.3.1 Другие виды лечения, оказываемые на амбулаторном уровне:

Физиолечение (при хорее):

- электросон
- электрофорез с бром-папаверином на шейно-воротниковую зону.

14.3.2 Другие виды лечения, оказываемые на стационарном уровне:

Физиолечение (при хорее):

- электросон
- электрофорез с бром-папаверином на шейно-воротниковую зону.

14.3.3 Другие виды лечения, оказываемые на этапе скорой неотложной помощи: нет.

14.4 Хирургическое вмешательство: нет.

14.4.1 Хирургическое вмешательство, оказываемое в амбулаторных условиях:

14.4.2 Хирургическое вмешательство, оказываемое в стационарных условиях: нет.

14.5 Профилактические мероприятия

Первичная профилактика.

- своевременное проведение антибактериальной терапии при острой и хронической рецидивирующей БГСА- инфекциях верхних дыхательных путей (тонзиллит и фарингит) [3,9]:

Бензатина бензилпенициллин в/м однократно наличии ОРЛ в анамнезе у больного или ближайших родственников, проживании неблагоприятных социально-бытовых условиях, при вспышках БГСА-инфекции в детских дошкольных учреждениях, школах, интернатах, училищах, воинских частях и т.п.:

детям с массой тела менее 25 кг-600 000 ЕД

детям с массой тела более 25 кг- 1,2 млн ЕД

подросткам 2,4 млн ЕД

Амоксициллин внутрь в течение 10 дней:

подросткам по 0,5 г 3 раза в сутки
детям по 0,25 г 3 раза в сутки.

Феноксиметилпенициллин внутрь:

детям с массой тела до 25 кг – 0,125 г 3 раза в сутки

детям с массой тела больше 25 кг – 0,25 г 3 раза в сутки

При непереносимости бета-лактамовых антибиотиков назначаются:

азитромицин в течение 5 дней 12 мг/кг в сутки

klarитромицин 15 мг/кг в сутки в 2 приема

рокситромицин 5 мг/кг веса в сутки в 2 приема

Вторичная профилактика.

Цель: предупреждение повторных атак и прогрессирования заболевания у лиц перенесших ОРЛ. Вторичную профилактику начинают в стационаре сразу после окончания этиотропной антистрептококковой терапии:

Бензатина бензилпенициллин (экстенциллин, ретарпен)

подросткам 2,4 г

детям с массой тела менее 25 кг-600 000ЕД

детям с массой тела более 25 кг- 1,2 млн ЕД.

Длительность вторичной профилактики для каждого пациента устанавливается индивидуально:

- при ОРЛ без кардита (артрит, хорея), не менее 5 лет после атаки до 18 летнего возраста.
- для больных с излеченным кардитом без порока сердца - не менее 10 лет после атаки или до 25 летнего возраста
- для больных со сформированным пороком сердца пожизненно.

14.6 Дальнейшее ведение:

Все больные, перенесшие ОРЛ, подлежат диспансерному наблюдению в поликлинике: частота осмотра 2 раза в год, ОАК, ОАМ – 2 раза в год, биохимический анализ крови (СРБ, АСЛО) – 2 раза в год, ЭКГ, ЭХО-КГ – 1 раз в год.

15 Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе:

- Купирование воспалительной активности крови (нормализация СОЭ и СРБ);
- Снижение или нормализация титров противострептококковых антител - АСЛО, анти-ДНК-аза В;
- Купирование активности воспалительного процесса сердца (отсутствие признаков митральной и /или аортальной регургитации по данным ЭХО-КГ);
- Купирование симптомов ревматической хореи.

III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:

16. Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

1. Отарбаев Нуржан Курмангалиевич, доктор медицинских наук, председатель правления АО «Республиканский диагностический центр».
2. Асылбекова Майкеш Куантаевна, заведующая отделением, врач высшей категории отделения ревматологии АО «Национальный научный центр материнства и детства».
3. Мукушева Зауре Серикпаевна, врач высшей категории отделения ревматологии АО «Национальный научный центр материнства и детства».

17. Указание на отсутствие конфликта интересов: отсутствует.

18. Рецензенты:

1. Абдрахманова Сагира Токсанбаевна, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой детских болезней №2 АО «Медицинский университет Астана».

19. Указание условий пересмотра протокола: пересмотр протокола через 3 года и/ или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

20. Список использованной литературы:

1. Swedo S.E., Leonard H.L., Garvey M. et al. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: clinical description of first 50 cases. - Am. J. Psychiatry. - 1998. - Vol. 155. - P. 264-271.

2. Murphy M.L., Pichichero M.E. Prospective identification and treatment of children with pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with group A streptococcal infection (PANDAS). - Arch. Pediatr. Adolesc. Med.- 2002. - Vol. 156. - P. 356-361.

3. Насонова В.А., Белов Б.С. Страчунский Л.С. и др. Антибактериальная терапия стрептококкового тонзиллита (ангины) и фарингита. - Российская ревматология. - 1999.- №4: С. 20-27.

4. Гришаева Т.П. Современный подход к антибактериальной терапии А-стрептококкового тонзиллита как основа первичной профилактики острой ревматической лихорадки: Автореферат диссертации, кандидат медицинских наук. М., 2002.

5. Аксаментов Г.В. Причины неэффективности круглогодичной бициллинопрофилактики рецидивов ревматизма: Автореферат диссертации, кандидат медицинских наук. Иркутск, 1979.

6. Красильникова О.А. Клинико-микробиологические и серологические исследования больных ревматизмом, длительно получающих препараты бициллина: Автореферат диссертации, кандидат медицинских наук. М., 1987.

7. Ливанов М.И. Клинико-иммунологические сдвиги у детей во вне приступном периоде ревматизма и влияние бициллинопрофилактики на них: Автореферат диссертации, доктор медицинских наук. Баку, 1970.

8. Белов Б.С., Черняк А.В., Сидоренко С.В. и др. Применение бензатин-пенициллина для вторичной профилактики ревматизма: проблемы и подходы к их решению. - Научно-практическая ревматология. 2000. - № 2. - С. 30-36.

9. Профилактика ревматизма и его рецидивов у подростков. Методические рекомендации. - М., 1989. - 22 с.

10. Carapetis JR, McDonald M, Wilson NJ. Acute rheumatic fever. *Lancet*. Jul 9-15 2005;366(9480):155-68. [Medline].

11. Насонова В.А., Кузьмина Н.Н., Белов Б.С. и др. Классификация и номенклатура ревматической лихорадки. - Педиатрия. 2003. - №3. С.1-9.