

Утвержден
протоколом заседания экспертной комиссии
по вопросам развития здравоохранения МЗ РК
№ 23 от «12» декабря 2013 года

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА И ХРОНИЧЕСКАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1. Название протокола: Острая ревматическая лихорадка и хроническая ревматическая болезнь сердца

2. Код протокола:

3. Коды по МКБ-10:

100-102 Острая ревматическая лихорадка;

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

105-109 Хроническая ревматическая болезнь сердца.

I05 Ревматические болезни митрального клапана

I05.0 Митральный стеноз

I05.1 Ревматическая недостаточность митрального клапана

I05.2 Митральный стеноз с недостаточностью

I05.8 Другие болезни митрального клапана

I05.9 Болезнь митрального клапана неуточненная

I06 Ревматические болезнь аортального клапана

I06.0 Ревматический аортальный стеноз

I06.1 Ревматическая недостаточность аортального клапана

I06.2 Ревматический аортальный стеноз с недостаточностью

I06.8 Другие ревматические болезни аортального клапана

I06.9 Ревматическая болезнь аортального клапана неуточненная

I07 Ревматические болезнь трехстворчатого клапана

I07.0 Трикуспидальный стеноз

I07.1 Трикуспидальная недостаточность

I07.2 Трикуспидальный стеноз с недостаточностью

I07.8 Другие болезни трехстворчатого клапана

I07.9 Болезнь трехстворчатого клапана неуточненная

I08 Поражения нескольких клапанов сердца

I08.0 Сочетанное поражение митрального и аортального клапанов

I08.1 Сочетанное поражение митрального и трехстворчатого клапанов

- 108.2** Сочетанное поражение аортального и трехстворчатого клапанов
- 108.3** Сочетанное поражение митрального, аортального и трехстворчатого клапанов
- 108.8** Другие множественные болезни клапанов
- 108.9** Множественное поражение клапанов неуточненное
- 109** Другие ревматические болезни сердца
- 109.0** Ревматический миокардит
- 109.1** Ревматические болезни эндокарда, клапан не уточнен
- 109.2** Хронический ревматический перикардит
- 109.8** Другие уточненные ревматические болезни сердца
- 109.9** Ревматические болезни сердца неуточненные

4. Сокращения, используемые в протоколе:

- АЛТ – аланинаминотрансфераза
- АСТ – аспартатаминотрансфераза
- АСЛО-антистрептолизин -0
- АТ – антитела
- БГСА – β -гемолитический стрептококк группы А
- ГК – глюкокортикостероиды
- ИАПФ- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- К⁺ - калий,
- ЛС – лекарственные средства
- НПВП — нестероидные противовоспалительные препараты
- Na⁺ натрий,
- ОАК - общий анализ крови
- ОАМ — общий анализ мочи
- ОРЛ - острая ревматическая лихорадка
- 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

5. 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— 15 лет) в связи с

аутоиммунным ответом организма на Ag стрептококка и перекрёстной реактивностью со схожими аутоантигенами поражаемых тканей человека (феномен молекулярной мимикрии). Хроническая ревматическая болезнь сердца (ХРБС) - заболевание, характеризующееся поражением сердечных клапанов в виде поствоспалительного краевого фиброза клапанных створок или порока сердца (недостаточность и/или стеноз), сформировавшихся после перенесённой острой ревматической лихорадки.

6. Дата разработки протокола: 2013 год.

7. Категория пациентов: больные с ОРЛ и РБС

8. Пользователи протокола: врачи ревматологи, терапевты, врачи общей практики.

9. Указание на отсутствие конфликта интересов

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

10. Классификация:

I. Клинические формы: острая ревматическая лихорадка, повторная ревматическая лихорадка.

II. Клинические проявления

A. Основные: кардит, артрит, хорея, кольцевидная эритема, ревматические узелки.

B. Дополнительные: лихорадка, артралгия, абдоминальный синдром, серозиты.

III. Исходы

A. Выздоровление.

B. Хроническая ревматическая болезнь сердца

- без порока сердца;
- с пороком сердца.

IV. Недостаточность кровообращения

A. По классификации Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко (стадии 0, I, IIА, IIБ, III).

B. По классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации — NYHA (функциональные классы 0, I, II, III, IV).

Факторы риска: наличие острой и хронической рецидивирующей БГСА — инфекции верхних дыхательных путей (тонзиллит и фарингит).

11. Показания к госпитализации:

ОРЛ с и без вовлечения клапанного аппарата сердца,

повторные атаки ревмокардита,

застойная сердечная недостаточность на фоне ревматической болезни сердца, подострая левожелудочковая недостаточность.

12. Диагностические критерии:

Для диагностики ОРЛ применяют критерии Киселя—Джонса, пересмотренные Американской кардиологической ассоциацией в 1992 г. и модифицированные Ассоциацией ревматологов России в 2003 г.

Большие критерии

- Кардит.
- Полиартрит.
- Хорея.
- Кольцевидная эритема.
- Подкожные ревматические узелки.

Малые критерии

- Клинические: артралгия, лихорадка.
- Лабораторные: увеличение СОЭ, повышение концентрации СРБ.
- Удлинение интервала P—R на ЭКГ, признаки митральной и/или аортальной регургитации при эхокардиографии.
- Данные, подтверждающие предшествовавшую БГСА-инфекцию

1. Положительная БГСА-культура, выделенная из зева, или положительный тест быстрого определения группового БГСА-Аг.

2. Повышенные или повышающиеся титры противострептококковых АТ.

Наличие двух больших критериев или одного большого и двух малых критериев в сочетании с данными, подтверждающими предшествовавшую 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

Острота дебюта ОРЛ зависит от возраста больных. Более чем в половине случаев заболевания, начавшегося в детском возрасте, через 2—3 нед после ангины внезапно повышается температура до фебрильных цифр, появляются симметричные мигрирующие боли в крупных суставах (чаще всего коленных) и признаки кардита (перикардальные боли, одышка, сердцебиение и др.).

У остальных детей наблюдается моносиндромное течение с преобладанием признаков артрита или кардита или — редко — хореи. Столь же остро - по типу «вспышки» ОРЛ развивается у школьников среднего возраста и солдат-новобранцев, перенесших эпидемическую БГСА-ангину. Для подростков и молодых людей 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.

•Исследование кожи

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.

•Исследование суставов: преобладающая форма поражения в современных условиях — олигоартрит, реже — моноартрит.

В патологический процесс вовлекаются коленные, голеностопные, лучезапястные, локтевые суставы.

Характерны: доброкачественность, летучесть воспалительных поражений с переменным, часто симметричным вовлечением суставов.

В 10—15% случаев выявляются полиартралгии, не сопровождающиеся ограничением движений, болезненностью при пальпации и другими симптомами воспаления.

Суставной синдром быстро разрешается на фоне НПВП, деформации не развиваются.

•Сердце

• Систолический шум, отражающий митральную регургитацию, имеет следующие характеристики: по характеру длительный, дующий; имеет разную интенсивность, особенно на ранних стадиях заболевания; существенно не изменяется при перемене положения тела и фазы дыхания; связан с I тоном и занимает большую часть систолы, и оптимально выслушивается на верхушке сердца и проводится в левую подмышечную область.

• Мезодиастолический шум(низкочастотный), развивающийся при остром кардите с митральной регургитацией, имеет следующие характеристики: часто следует за III тоном или заглушает его, выслушивается на верхушке сердца в положении больного на левом боку при задержке дыхания на выдохе.

• Протодиастолический шум, отражающий аортальную регургитацию, имеет следующие характеристики: начинается сразу после II тона, имеет высокочастотный дующий убывающий характер, лучше всего прослушивается вдоль левого края грудины после глубокого выдоха при наклоне больного вперед, как правило, сочетается с систолическим шумом.

• Изолированное поражение аортального клапана без шума митральной регургитации нехарактерно для ОРЛ.

• Исходом кардита является формирование РПС. Частота развития РПС после первой атаки ОРЛ у детей составляет 20 — 25%. Преобладают изолированные РПС, чаще — митральная недостаточность. Реже формируются недостаточность аортального клапана, митральный стеноз и

митрально-аортальный порок. Примерно у 7—10% детей после перенесенного ревмокардита развивается пролапс митрального клапана.

- У подростков, перенесших первую атаку ОРЛ, пороки сердца диагностируются в 1/3 случаев. У взрослых пациентов данный показатель составляет 39-45% случаев. Максимальная частота формирования РПС (75%) наблюдается в течение 3 лет от начала болезни. Повторные атаки ОРЛ, как правило, усугубляют выраженность клапанной патологии сердца.

- Исследование нервной системы: в 6-30% случаев выявляются признаки малой хореи (гиперкинезы, мышечная гипотония, статокординные нарушения, сосудистая дистония, психоэмоциональные нарушения). У 5—7% больных хорея выступает единственным признаком ОРЛ.

12.3 Лабораторные исследования:

- Анализ крови: увеличение СОЭ и положительный СРБ.

- Бактериологическое исследование: выявление в мазке из зева БГСА (может быть как при активной инфекции, так и при носительстве).

- Серологические исследования: повышенные или (что важнее) повышающиеся в динамике титры антистрептолизина-О, антистрептогиалуронидазы и антидезоксирибонуклеазы-В.

12.4 Инструментальные исследования:

1. ЭКГ: уточнение характера нарушений сердечного ритма и проводимости (при сопутствующем миокардите).

2. Эхокардиография необходима для диагностики клапанной патологии сердца и выявления перикардита.

3. При отсутствии вальвулита ревматическую природу миокардита или перикардита следует трактовать с большой осторожностью.

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 ЛОР-врача для уточнения диагноза, выбора тактики лечения

- Консультация кардиохирурга – при подозрении на вовлечение в патологический процесс сердечных клапанов с формированием порока(ов) сердца (стеноз/недостаточность).

12.6 Дифференциальный диагноз: Наличие только одного из основных критериев ОРЛ (кардит, артрит, хорея) диктует необходимость исключать другие заболевания.

- **Инфекционный эндокардит**, в этиологии которого преобладают зеленящие стрептококки, стафилококки и грамотрицательные микроорганизмы. В отличие от ОРЛ, при инфекционном эндокардите

- ❖ лихорадочный синдром не купируется полностью только при назначении

- НПВП ❖ характерны прогрессирующая слабость, анорексия, быстрая потеря

- массы тела ❖ быстро прогрессирующие деструктивные изменения сердечного клапана (-ов) и симптомы застойной недостаточности кровообращения

- вегетации на клапанах сердца при эхокардиографии
- позитивная гемокультура.
- **Неревматический миокардит** чаще 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 врождённую дисплазию соединительной ткани (воронкообразная деформация грудной клетки, сколиоз грудного отдела позвоночника, синдром гипермобильности суставов, раннее развитие плоскостопия и др.).
- **Эндокардит Либмана-Сакса** при СКВ обнаруживается в развёрнутой стадии заболевания (при наличии других характерных симптомов) и относится к категории признаков высокой активности болезни.
- **Постстрептококковый реактивный артрит** может встречаться и у больных среднего возраста, развивается после относительно короткого латентного периода от момента перенесённой БГСА-инфекции глотки, персистирует в течение длительного времени (около 2 мес), протекает без кардита и недостаточно оптимально реагирует на терапию противовоспалительными препаратами.
- **Синдром PANDAS** (pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with group A streptococcal infections). В отличие от классической ревматической хореи, характерны выраженность психиатрических аспектов (сочетание навязчивых мыслей и навязчивых движений), а также значительно более быстрое и полное регрессирование психоневрологической симптоматики только при адекватной противострептококковой терапии.
- **Клещевая мигрирующая эритема** - патогномоничный 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. Перечень основных диагностических мероприятий:

Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:

1. ОАК
2. Биохимический анализ крови (креатинин, общий белок, К⁺, Na⁺, АЛТ, АСТ, общий и прямой билирубин, глюкоза, СРБ, РФ, АСЛО)
3. ОАМ
4. Микрореакция
5. Иммунологическое исследование на определение антител к антигенам сердечной мышцы (СМАИФА)
6. Рентгенография ОГК
7. ЭКГ, ЭХО-КГ
8. Бактериологическое исследование мазка из зева
9. Консультация ЛОР-врача, гинеколога/уролога по показаниям - инфекциониста, кардиолога невропатолога

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. ЧП-ЭХОКГ
2. УЗИ ОБП, почек
3. ФГДС
4. Рентгенография суставов
5. Консультация невропатолога, ЛОР-врача, кардиолога

14. Цели лечения:

- Эрадикация БГСА.
- Подавление активности воспалительного процесса.
- Предупреждение у больных с перенесённым кардитом формирования РПС.
- Компенсация застойной сердечной недостаточности у больных РПС.

15. Тактика лечения:

15.1 Немедикаментозное лечение: постельный режим на 2-3 недели.

15.2 Медикаментозное лечение: Физиотерапевтическое лечение при ОРЛ противопоказано.

Перечень основных медикаментов:

Антибактериальная терапия

1. Амоксициллин/клавулановая кислота 625 мг, табл
2. Цефуроксим 250 мг, табл
3. Цификсим 400 мг капсулы
4. Линкомицин 250 мг, табл
5. Азитромицин 500 мг, табл

Нестероидные противовоспалительные средства (диклофенак 2,5% 3 мл, диклофенак 50мг в табл., нимесил 100мг, пор.)

Глюкокортикоиды

1. Преднизолон, 5 мг, таб
2. Преднизолон, 30 мг, амп
3. Метилпреднизолон 4мг, табл.

Перечень дополнительных медикаментов:

Диуретическая терапия

1. Фуросемид 40 мг, табл
2. Торасемид 5мг, 10мг, табл. (торсид, диувер, торсид)
3. Индапамид 2,5 мг, капс
4. Гипотиазид 100 мг, табл
5. Верошпирон 25мг, 50мг.

Сосудистая терапия:

1. Пентоксифиллин 2%, 5 мл, амп.,

Гастропротекторы(омепразол)

Антигипертензивные средства

1. Амлодипин 5 мг, 10 мг, табл
2. Метопролол 50 мг, табл
4. *Сердечные гликозиды (дигоксин)*

ЭТИОТРОПНАЯ (АНТИСТРЕПТОКОККОВАЯ) ТЕРАПИЯ

Бензилпенициллин применяют в течение 10 дней у взрослых и подростков по 500 тыс - 1 млн ЕД 4 раза в сутки в/м, у детей по 100 тыс - 150 тыс ЕД 4 раза в сутки в/м в течение 10 дней. В дальнейшем переходят на применение пенициллинов пролонгированного действия в режиме вторичной профилактики. При непереносимости пенициллинов применяют макролиды или линкозамиды (см. *Профилактика*).

ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Глюкокортикоиды применяют при ОРЛ, протекающей с выраженным кардитом и/или полисерозитами. Преднизолон назначают взрослым и подросткам в дозе 20 мг/сут, детям — 0,7—0,8 мг/кг в 1 приём утром после еды до достижения терапевтического эффекта (в среднем в течение 2 нед). Затем дозу постепенно снижают (на 2,5 мг каждые 5-7 дней) вплоть до полной отмены. Общая длительность курса составляет 1,5-2 мес.

• НПВП (обычно диклофенак, ацеклофенак) назначают при слабо выраженном вальвулите, ревматическом артрите без вальвулита, минимальной активности процесса (СОЭ <30 мм/ч), после стихания высокой активности и отмены ГК, при повторной ОРЛ на фоне РПС. Диклофенак назначают взрослым и подросткам по 25—50 мг 3 раза в сутки, детям по 0,7 — 1,0 мг/кг 3 раза в сутки до нормализации показателей воспалительной активности (в среднем в течение 1,5-2 мес). При необходимости курс лечения диклофенаком может быть удлинён до 3—5 мес. Ацеклофенак обычно назначают по 100 мг 2 раза в день.

ТЕРАПИЯ ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Подходы к терапии застойной сердечной недостаточности у больных ОРЛ и РПС имеют ряд особенностей. В частности, при развитии сердечной декомпенсации как следствия острого вальвулита (что, как правило, бывает только у детей) применение кардиотонических препаратов нецелесообразно, поскольку в этих случаях явный терапевтический эффект может быть достигнут при использовании высоких доз преднизолона (40-60 мг в день).

В то же время больным РПС при застойной сердечной недостаточности и без явных признаков кардита назначение ГК совершенно не оправдано из-за усугубления миокардиодистрофии.

• У пациентов с вялотекущим кардитом на фоне РПС при выборе ЛС, применяемых в терапии застойной сердечной недостаточности, следует учитывать их возможное взаимодействие с противовоспалительными препаратами.

• Основные группы ЛС, применяемых в лечении застойной сердечной недостаточности у больных ОРЛ и РПС:

◆ Диуретики: петлевые — фуросемид; тиазидные и тиазидоподобные - гидрохлортиазид, индапамид; калийсберегающие - спиронолактон, триамтерен.

◆ Блокаторы кальциевых каналов из группы дигидропиридинов длительного действия (амлодипин).

◆ В-Адренорецепторные блокаторы (карведилол, метопролол, бисопролол).

◆ Сердечные гликозиды (дигоксин). Дозы и схемы применения вышеуказанных ЛС аналогичны таковым при лечении застойной сердечной недостаточности иной этиологии.

◆ Применение нитратов в комплексном лечении застойной сердечной недостаточности у больных РПС в последнее время значительно снизилось из-за развития толерантности. Эти ЛС также ухудшают прогноз заболевания у данной категории пациентов.

◆ Вопрос о целесообразности применения ИАПФ больным ревмокардитом на фоне РПС требует дальнейшего изучения. Известно, что ряд эффектов ингибиторов АПФ при застойной сердечной недостаточности реализуется через активацию синтеза простагландинов и подавление разрушения брадикинина, также обладающего сосудорасширяющей активностью. В то же время основной механизм действия НПВП (в частности, диклофенака), являющегося препаратом выбора при повторных атаках ОРЛ, связан с подавлением синтеза простагландинов. Следовательно, совместное назначение НПВП и ингибиторов АПФ может привести к ослаблению вазодилатирующего эффекта последних.

15.3 Хирургическое лечение. Характер оперативного вмешательства определяют на основании клапанных изменений и состояния больного (пластика клапанов, протезирование клапанов).

15.4 Профилактические мероприятия **ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА**

Основа первичной профилактики — антимикробная терапия острой и хронической рецидивирующей БГСА — инфекции верхних дыхательных путей (тонзиллит и фарингит).

АНТИМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО БГСА-ТОНЗИЛЛИТА/ФАРИНГИТА

• Лекарственные средства первого ряда - В-лактамы антибиотики

◆ Бензатинабензилпенициллин в/м однократно взрослым 2,4 млн ЕД. Бензатинабензилпенициллин в/м целесообразно назначать при сомнительной комплаентности (исполнительности) пациента в отношении перорального приёма антибиотиков, наличии ОРЛ в анамнезе у больного или ближайших родственников, неблагоприятных социально-бытовых условиях, вспышках БГСА-инфекции в детских дошкольных учреждениях, школах, интернатах, училищах, воинских частях и т.п.

◆ Амоксициллин внутрь в течение 10 дней взрослым по 0,5 г 3 раза в сутки
Феноксиметилпенициллин внутрь за 1 ч до еды в течение 10 дней взрослым по 0,5 г 3 раза в сутки

◆ Цефадроксил внутрь в течение 10 дней взрослым по 0,5 г 2 раза в сутки

• Альтернативные ЛС (при непереносимости В-лактамы антибиотиков)

◆ Азитромицин внутрь за 1 ч до еды в течение 5 дней взрослым 0,5 г однократно в 1-е сутки, затем по 0,25 г в сутки в течение последующих 4 дней

◆ Кларитромицин внутрь в течение 10 дней взрослым по 0,25 г 2 раза в сутки

◆ Мидекамицин внутрь за 1 ч до еды в течение 10 дней взрослым по 0,4 г 3 раза в сутки

◆ Рокситромицин внутрь за 1 ч до еды в течение 10 дней взрослым 0,15 г 2 раза в сутки

◆ Спирамицин внутрь в течение 10 дней взрослым 3 млн МЕ 2 раза в сутки

◆Эритромицин внутрь за 1 ч до еды в течение 10 дней взрослым по 0,5 г 3 раза в сутки

•Препараты резерва (при непереносимости β -лактамов и макролидов)

◆Линкомицин внутрь за 1 -2 ч до еды в течение 10 дней взрослым по 0,5 г 3 раза в день

◆Клиндамицин внутрь (запивать стаканом воды) в течение 10 дней взрослым по 0,15 г 4 раза в день

АНТИМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БГСА-ТОНЗИЛЛИТА/ФАРИНГИТА

•Лекарственные средства первого ряда

• Амоксициллин/клавулановая кислота внутрь в течение 10 дней взрослым 0,625 г 3 раза в сутки

• Цефуроксим внутрь (сразу после еды) в течение 10 дней взрослым по 0,25 г 2 раза в сутки

• Цификсим внутрь 400 мг капсулы 1 раз в день в течение 7-10 дней

Препараты резерва (при непереносимости β -лактамных антибиотиков)

◆Линкомицин внутрь за 1 —2 ч до еды в течение 10 дней взрослым по 0,5 г 3 раза в день

◆Клиндамицин внутрь (запивать стаканом воды) в течение 10 дней взрослым по 0,15 г 4 раза в день

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

Пациенты, перенесшие острую ревматическую лихорадку

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

•Бензатинабензилпенициллин— основное ЛС, применяемое для вторичной профилактики ОРЛ - в/м 1 раз в 3 нед взрослым и подросткам 2,4 млн ЕД

◆Длительность вторичной профилактики для каждого пациента устанавливается индивидуально. Как правило, она должна составлять для больных, перенесших ОРЛ без кардита (артрит, хорея), — не менее 5 лет после атаки или до 18-летнего возраста (по принципу «что дольше»)

❖ для больных с излеченным кардитом без порока сердца - не менее 10 лет после атаки или до 25-летнего возраста (по принципу «что дольше»)

❖ для больных со сформированным пороком сердца (в т.ч. оперированным) — пожизненно.

◆Наиболее эффективной лекарственной формой бензатинабензилпенициллина является экстенциллин. Из отечественных ЛС рекомендуется бициллин-1, который назначают в вышеуказанных дозах 1 раз в 7 дней.

◆В настоящее время бициллин-5 (смесь 1,2 млн ЕД бензатинабензилпенициллина и 300 тыс. ЕД бензилпенициллинпрокаина) рассматривается как не соответствующий фармакокинетическим требованиям, предъявляемым к превентивным препаратам, и не является приемлемым для проведения полноценной вторичной профилактики ОРЛ.

Пациенты с ревматическими пороками сердца

В соответствии с данными экспертов Американской кардиологической ассоциации все больные с РПС входят в категорию умеренного риска развития инфекционного эндокардита. Этим пациентам при выполнении различных медицинских манипуляций, сопровождающихся бактериемией (экстракция зуба, тонзиллэктомия, аденотомия, операции на желчных путях или кишечнике, вмешательства на предстательной железе и т.д.), необходимо профилактическое назначение антибиотиков.

- При манипуляциях на полости рта, пищеводе, дыхательных путях
- ◆Стандартная схема - взрослым внутрь за 1 ч до процедуры амоксициллин 2 г
- ◆При невозможности приёма внутрь - взрослым в/в или в/м за 30 мин до процедуры ампициллин 2 г
- ◆При аллергии к пенициллину - взрослым внутрь за 1 ч до процедуры клиндамицин 600 мг, или цефалексин 2 г, или цефадроксил 2 г, или азитромицин 500 мг, или кларитромицин 500 мг
- ◆При аллергии к пенициллину и невозможности приёма внутрь взрослым за 30 мин до процедуры клиндамицин в/в 600 мг или цефазолин в/м или в/в 1 г
- При манипуляциях на желудочно-кишечном или урогенитальном трактах
- ◆Стандартная схема - взрослым амоксициллин 2 г внутрь за 1 ч до процедуры или ампициллин 2 г в/м или в/в за 30 мин до процедуры
- ◆При аллергии к пенициллину взрослым ванкомицин 1 г в/в в течение 1 — 2 ч, введение закончить за 30 мин до процедуры

15.5 Ведение больных: По окончании этиотропного лечения начинается этап вторичной профилактики. Все больные, перенесшие ОРЛ, подлежат диспансерному наблюдению в поликлинике. Необходим, как минимум, ежегодный контроль показателей воспалительной активности, выраженности клапанной патологии сердца и состояния гемодинамики.

16. Индикаторы эффективности лечения: снижение активности воспалительного процесса

III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:

17. Критерии оценки для проведения мониторинга и аудита эффективности внедрения протокола (четкое перечисление критериев и наличие привязки с индикаторами эффективности лечения и/или создание специфических для данного протокола индикаторов)

18. Рецензенты: Сейсенбаев А.Ш., доктор медицинских наук, профессор, заведующий модулем ревматологии Казахского Национального медицинского университета имени С.Д. Асфендиярова

19. Результаты внешнего рецензирования: оценка положительная, рекомендуется к использованию

20.Список использованной литературы:

1. Ревматология, Под ред. Н.А. Шостак, 2012г.
2. Ревматические заболевания. Под ред. Дж.Х. Клиппела, Дж.Х. Стоуна, Л.Дж. Кроффорд, П.Х. Уайт, 2012г.

3. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход, Пайл К., Кеннеди Л. Перевод с англ. / Под ред. Н.А. Шостак, 2011г.
5. Клинические рекомендации. Ревматология. 2-е изд., С.Л.Насонова, 2010г.
6. Реабилитация при заболеваниях сердца и суставов. Серия "Библиотека врача-специалиста", Носков С.М, Маргазин В.А., Шкробко А.Н. и др., 2010г
7. Ревматология: национальное руководство/ под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 г. - 711 с
8. Диффузные болезни соединительной ткани: руководство для врачей/ под ред. проф. В.И. Мазурова. – СПб: Спец. лит, 2009г. 192 с.
9. Клинические рекомендации. Ревматология / под ред. Е.Л. Насонова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008г. - 288 с.
10. Вест С.Дж. - Секреты ревматологии, 2008г.
11. Мазуров В.И. - Клиническая ревматология, 2008г.
12. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний: Compendium/ Насонова В.А., Насонов Е.Л., Алекперов Р.Т., Алексеева Л.И. и др.; Под общ. ред. В.А. Насоновой, Е.Л. Насонова. – М.: Литтерра, 2007 г. – 448с.
13. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Выпуск VIII. Москва, 2007.
14. Белоусов Ю.Б. - Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний, 2005г.
15. Ревматические болезни: номенклатура, классификация, стандарты диагностики и лечения- В.Н. Коваленко, Н.М. Шуба - К.: ООО "Катран групп", 2002. - 214 с.
16. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний. Руководство для практикующих врачей. Под редакцией В.А. Насоновой, Е.Л.Насонова. Литтерра, Москва, 2003г.

21. Список разработчиков

1. Тогизбаев Г.А. – доктор медицинских наук, главный внештатный ревматолог МЗ РК, заведующий кафедрой ревматологии АГИУВ
2. Кушекбаева А.Е., к.м.н., доцент кафедры ревматологии АГИУВ
3. Аубакирова Б.А. - главный внештатный ревматолог г.Астана
4. Сарсенбайулы М.С. - главный внештатный ревматолог Восточно-Казахстанской области Казахского Национального медицинского университета имени С.Д. Асфендиярова,
5. Омарбекова Ж.Е. – главный внештатный ревматолог г.Семей
6. Нургалиева С.М. - главный внештатный ревматолог Западно - Казахстанской области
7. Куанышбаева З.Т. - главный внештатный ревматолог Павлодарской области

22. Указание условий пересмотра протокола: наличие новых методов диагностики и лечения, ухудшение результатов лечения, связанных с применением данного протокола.

