**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**КАФЕДРА «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ 2»**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

«**Обсуждено**» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ***«Утверждено****»-*

на заседании кафедры\_\_\_\_\_\_\_ Председатель УМС

Прот.№\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_2019 г факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зав.каф. Садыкова А.А. **Т**урсунбаева А.Т.

План-разработка практического занятия №17

на тему: **ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА. Лечение и профилактика.**

по дисциплине: **«Внутренние болезни 2 »**

для студентов, обучающихся по специальности:

**( 560002) Педиатрия**

Составитель: Исмаилова Ф.У.

Ош – 2019

**Тема практического занятия:** «**ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА. Лечение и профилактика**». (50мин)

**План занятия:**

* Лечение ОРЛ.
* Профилактика ОРЛ.
* Осложнения ОРЛ.
* Прогноз ОРЛ.

**Задачи:**

 1. Формировать умения анализировать, активно использовать полученные знания и умения в профессиональной деятельности.

 2. Формировать готовность и способность целесообразно действовать в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи в конкретных клинических ситуациях.

 3. Формировать готовность и способность мобилизовать профессионально важные качества (толерантность, ответственность, способность работать в коллективе, стремление к саморазвитию), обеспечивающие продуктивность трудовой деятельности специалиста.

 **Вид занятия:** практическое

**Контрольные вопросы:**

1. Выберите принципы лечения ОРЛ.
2. Расскажите о медикаментозном лечении ОРЛ.
3. Охарактеризуйте хирургические методы лечения ОРЛ.
4. Перечислите осложнения.
5. Определите меры профилактики ОРЛ.
6. Укажите прогноз ОРЛ.

**Цель практического занятия:** Научиться составлять план обследования больных с ОРЛ и проводить дифференциальный диагноз. Научиться оказывать неотложную помощь при жизнеугрожающих состояниях, вявлять осложнения и определять прогноз ОРЛ..

 **Средства обучения и контроля:**

 1. методическая разработка занятия

 2. учебно-методическое пособие для самоподготовки студентов к занятию

 3. дидактические средства контроля и тренажа:

1. тестовые задания;
2. ситуационные задачи с эталоном ответов;

**Формы контроля:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Цель** |
| Индивидуальный устный | * выявить уровень теоретической подготовки, умения оперировать знаниями;
* определить уровень логического, клинического мышления;
* развивать речь
 |
| Индивидуальный письменный | * выявить уровень подготовленности всей группы и каждого студента в отдельности
 |
| Практический* решение учебных заданий проблемного характера
* выполнение практических действий, заданий
 | * выявить уровень самостоятельного мышления, умения анализировать явления, выделять главное
* определить уровень клинического (профессионального) мышления;
* проверить умение выполнения манипуляции, практического действия.
 |

 **Междисциплинарные связи:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Дисциплины и профессиональные модули* | *Тема* |
| 1. Общепрофессиональные дисциплины- Анатомия и физиология человека- Латинский язык- Микробиология | * Костно-суставная, нервная, сердечно-сосудистая системы, кожа и ее придатки.
* Терминология.
* Микроорганизмы. Выделение гемокультуры.
 |
|  Диагностическая деятельность- Пропедевтика клинических дисциплин- Лучевая диагностика - УЗД | * Методы обследования пациентов с проявлениями ОРЛ.
* Рентген исследование костей и суставов.
* Эхокардиография.
* Дополнительные методы обследования пациентов с ОРЛ.
 |
|  Общепрофессиональные дисциплины - Клиническая фармакология  | * Антибактериальная терапия
* Седативные средства.
* Дезинтоксикационные средства.
* Гормональные препараты
* Витамины
 |

**Внутридисциплинарные связи:**

* 1. Диф.диагноз гломерулонефритов.
	2. Приобретенные пороки сердца.

 **Уровни усвоения:** 2,3

2. – репродуктивный (выполнение деятельности по образцу, инструкции или под руководством);

3. – продуктивный (планирование и самостоятельное выполнение деятельности, решение проблемных задач).

***После изучения темы занятия студент должен уметь:***

1. Методически правильно провести обследование больного с ОРЛ.
2. Выявить у пациента клинические признаки ОРЛ
3. Составить план обследования для пациента с ОРЛ
4. Дать оценку лабораторным показателям.
5. Сформулировать диагноз, используя современную классификацию ОРЛ.
6. Сформулировать основные принципы и составить план лечения больного с ОРЛ.
7. Оценить эффективность и длительность терапии.

 ***После изучения темы занятия студент должен знать:***

1. Определение заболевания.

2. Вопросы терминологии и классификации ОРЛ.

3. Этиологические факторы.

4. Патогенез заболевания.

5. Клинические проявления ОРЛ.

6. Современные возможности диагностики заболевания. Эхокардиография. Биохимический анализ. Гемокультура.

7. Современные методы терапии больных ОРЛ.

8. Показания к госпитализации.

9. Меры профилактики ОРЛ.

 **Карта компетенции:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Код и формулировка компетенций** | **Результаты обучения (ООП)** | **Результат обучения (дисциплины)** | **Результаты обучения (темы)** |
| **1****2** | ПК13- способен выявлять у пациентов основные симптомы и синдромы заболеваний, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ-10, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных синдромов, угрожающих жизниПК14 - способен анализировать и интерпретировать результаты современных диагностических технологий у детей и подростков для успешной лечебно-профилактической деятельности.**ПК-16**: Способен назначать больным детям и подросткам адекватное лечение в соотвествие с диагнозом. | **РОооп-5**- Владеет алгоритмом постановки предварительного, клинического и заключительного диагнозов и методами проведения судебно-медицинской экспертизы.**РОооп-8:** Владеет алгоритмом постановки предварительного, клинического и заключительного диагноза, выполнения лечебных мероприятий наиболее часто встречающихся заболеваний и оказанию первой врачебной помощи при неотложных и жизнеугрожающих состояниях детей и подростков. | **РОд-1:** способен и готов анализировать причины и механизмы развития заболевания, клиническую картину, классификацию и диагностические мероприятия; способен к оформлению медицинских документов.**РОд-2:** способен и готов использовать современные подходы в диагностике и лечении заболеваний, оказанию неотложной помощи при жизнеугрожающих состояниях. | **РОт**: Знает и понимает: Этиологию, патогенез, классификацию, клиническую картину ОРЛ. - Методы современной диагностики и дифференциальный диагноз ОРЛ с учетом их течения и осложнения.Умеет на основании жалоб, анамнеза, физикального обследования:- выявить у больного, симптомы ОРЛ;- составить план лабораторного и инструментального обследования для подтверждения предполагаемого диагноза ОРЛ и интерпретировать полученные результаты;- сформулировать развернутый клинический диагноз, руководствуясь современной классификацией ОРЛ;- произвести детализацию диагноза у конкретного больного, а именно, этиологию, механизм развития болезни, осложнений; - произвести обоснование клинического диагноза у больного с оценкой результатов обследования и выявить критерии диагностики;Владеет: - методикой назначения адекватной индивидуальной терапии;- навыками определения прогноза ОРЛ у конкретного больного;- мерами вторичной профилактики и экспертизы трудоспособности; – навыками оказания первой медицинской помощи при неотложных состояниях. |

**Ход занятия**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Этапы занятия** | **Цели этапов занятия** | **Деятельность преподавателя** | **Деятельность студента** | **Методы, механизмы** | **Результаты обучения** | **Оборудование занятия** | **Время**  |
| 1 | Организационный момент | Ознакомление с новой темой, его вопросами | Преподаватель объявляет тему, цели занятия, акцентирует внимание на важности, сложности изучения данной темы; объясняет ход занятия.  | Записывают тему и его вопросы, отмечают для себя некоторые важные моменты темы. | Методом проверки конспектов по данной теме. | Обращение внимания студентов к занятию, умение выявлять симптомы ОРЛ. Студент может диагностировать ОРЛ и назначать лечение. | Доска с проектором, слайд, плакаты, конспекты. | 2мин |
| 2 | Опрос пройденного материала  | Обобщение знаний студентов по пройденным материалам и установить связь с новой темой | Задание контрольных вопросов, совместное обобщение ответов | Выборочно по одному отвечают на заданные вопросы. | Вопрос-ответ  | Вспоминание темы предыдущих занятий, способствование к самореализации | Перечень контрольных вопросов (Прил. 1.) | 7 мин |
| 3 | Изложение новой темы  | Расширение знаний студентов по новой теме, сформировать навыки, умение их использовать на практических занятиях. | Объяснение новой темы с показом практических навык, касающихся данной темы. Акцентированние на важных аспектах темы. | Приложение максимальных усилий для усвоения темы, усидчивость и внимательность студента. | Презентации слайдов, устный рассказ, демонстрация на натурщике практических навыков по выявлению симптомов заболевания. | Сформируется теоретическая база знаний и умений, для использования их на занятиях в дальнейшем и способность к диагностике и лечению заболевания. | Доска с проектором, презентационный материал, натурщик | 30 мин |
| 4 | Закрепление новой темы и подведение итогов | Определение и анализ освояемости пройденного материала, внесение измений на его содержание | Демонстрация тестового задания и раздача ситуцационных задач. | Группа делиться на 2 команды задают блиц вопросы. В решении задач принимают участие все студенты группы; дополняют, исправляют ответы друг друга. Преподаватель контролирует, обобщает ответы студентов | Решение ситуационных задач и тестовый контроль. | Самостоятельно используют полученные знания по теме, сформируются познавательные компетенции. | Перечень ситуационных задач и тестовые вопросы (Прил.2.) | 8 мин |
| 5 | Оценивание студентов за участия на занятии  | Научить студентов к самооценке и применять 4х шаговый метод Пейтона. | Коррекция заданных вопросов | Отвечают друг другу на заданные конкретные вопросы.Студенты оценивают собственные действия, умения работать в команде, осмысливают итоги занятия; записывают заработанные баллы, домашнее задание. | Выборочный опрос, оценка друг другаОценить успешность достижения целей занятия студентами; определить перспективы последующей работыОриентировать студентов на следующее занятие, акцентировать внимание студентов на основных вопросах темы. | Преподаватель оценивает деятельность студентов и подводит общий итог занятия.Оценка преподавателем формируемых общих и профессиональных компетенций студентов (происходит в ходе наблюдения за деятельностью обучающихся в процессе изучения темы).Преподаватель задает домашнее задание, благодарит студентов за занятие. | Примеры вопросов | 3мин |

**Формы проверки знаний:**

1. Оперативный опрос на разрезе текущего контроля;
2. Тестовые задания на разрезе рубежного контроля;

 **Литература:**

**Основная:**

**Основная литература:**

 1. «Внутренние болезни» Маколкин В.И., Овчаренко С. И.

 2. «Внутренние болезни» Мухин Н.А., Моисеев В.С., Мартынов А.И.

 3. «Внутренние болезни по Дэвидсону». Пульмонология.

 4. Лекционный материал.

 **Дополнительная литература:**

1. «Внутренние болезни» Макаревич А.Э.
2. «Пропедевтика внутренних болезней» Малов Ю.С.
3. «Пропедевтика внутренних болезней» Мухин Н.Ф.

**Электронные источники:**

1. [www.plaintest.com](http://www.plaintest.com)

2. [www.booksmed.com](http://www.booksmed.com)

3. [www.bankknig.com](http://www.bankknig.com)

4. [www.wedmedinfo.ru](http://www.wedmedinfo.ru)

5. [www.spr.ru](http://www.spr.ru)

1. **Ситуационная задача №1.**

Пациентка С, 20 лет, поступила в стационар с жалобами на боли в коленных суставах при ходьбе, повышение температуры тела до 37,3°С, общую слабость, повышенную утомляемость.

Из анамнеза известно, что пациентка росла и развивалась нор­мально. Окончила среднюю школу и училище. Работает на складе в холодном помещении. Из перенесенных болезней отмечает частые простудные заболевания в последнее время. Наследствен­ность не отягощена: отцу 45 лет, матери 43 года, практически здо­ровы, братьев и сестер нет. Отмечается аллергическая реакция на пенициллин в виде крапивницы.

Три недели назад перенесла ангину, протекавшую с повышением температуры до 38,5°С, болями в горле. Начатое лечение бензилпенициллином было прекращено из-за появления крапивницы. Препарат заменен на азитромицин, на фоне чего боли в горле прошли, темпера­тура тела нормализовалась. Однако в течение последней недели паци­ентка вновь отметила повышение температуры до субфебрильных цифр в вечернее время, общую слабость. Три дня назад появились бо­ли в правом коленном суставе при ходьбе. В настоящее время эти бо­ли несколько уменьшились, однако «заболел» левый коленный сустав.

При **осмотре**состояние относительно удовлетворительное. Тем­пература тела 37,0°С. Кожные покровы обычной окраски и влаж­ности. Лимфатические узлы не увеличены, за исключением поднижнечелюстных и околоушных. Отеков нет. Суставы визуально не изменены. Отмечается небольшая болезненность при выполне­нии активных и пассивных движений в коленных суставах, больше левом. При перкуссии легких звук ясный легочный, хрипы не выслушиваются. Сердце перкуторно не расширено. Тоны несколько приглушены, выслушивается тихий систолический шум на верхушке. ЧСС - 96 в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мяг­кий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

В **общем анализе крови:**лейкоциты - 10 х 109/л (п/я - 2%, с/я -75%), СОЭ - 20 мм/ч. СРВ ++. Титр антител к анти-О-стрептоли-зину 1:350.

На **ЭКГ**ритм синусовый, нормальное положение ЭОС, ЧСС -96 в минуту, PQ - 0,18 с, QRS - 0,08 с. Нарушения ритма не зафикси­рованы.

При **рентгенографии**легких очаговые и инфильтративные изменения не выявлены.

Вопросы:

1.Проведите диагностический поиск: Определите план обследования и необходимость проведения до­полнительных исследований.

2.Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.

3.Назначьте лечение и обоснуйте его.

**Ситуационная задача №2**

Больная 20 лет при поступлении в клинику жаловалась на резкую общую слабость, чувство нехватки воздуха, боли в конечностях, коленных, голеностопных суставах, сердцебиение, «перебои» в сердце, высыпания на верхней части туловища.

Заболела за две недели до госпитализации, когда после переохлаждения появилось недомогание, к которому присоединились боли в горле, субфебрильная лихорадка. Лечилась в течение 8 дней домашними средствами, затем обратилась к врачу, который назначил тетрациклин и хлористый кальций. На второй день лечения состояние резко ухудшилось – повысилась температура тела до 38С, увеличилась слабость, появились боли в сердце. Родственники заметили, что на шее и груди больной появились высыпания кружевоподобные, розовые. Состояние было расценено как проявление аллергии на тетрациклин. Несмотря на отмену антибиотика состояние больной продолжало ухудшаться, появились боли в суставах, в связи с чем госпитализирована.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожный покров и видимые слизистые бледные. В области плечевого пояса и на шее описанные выше высыпания. Суставы внешне не изменены, но за время наблюдения отмечалась миграция болей от лучезапястных до локтевых и голеностопных суставов. ЧДД 24 в мин. Сердце – левая граница смещена на 0,5 см кнаружи от срединноключичной линии, тоны приглушены, систолический шум над всей поверхностью сердца, единичные экстрасистолы. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, ЧСС 98 уд в мин. АД 110,70 мм.рт.ст.

При обследовании:

Общий анализ крови – лейкоциты 11,5х109, СОЭ – 35 мм в час;

Биохимический анализ крови – общий белок 76 г,л, альбумины – 48%, глобулины – 52%, альфа1-глобулины – 4,8%, альфа2 – глобулины – 14%, бета-глобулины – 13,1%, гамма – глобулины – 20%, СРБ – 44.

ЭКГ – ритм синусовый, политопная экстрасистолия.

Рентгенография органов грудной клетки – лёгкие без патологии, несколько увеличен левый желудочек.

Титр АСЛ – О – 1:950.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие существуют критерии диагностики ревматической лихорадки?
3. На основании чего вы поставили больной данный диагноз?
4. Тактика ведения и лечения данной больной.

**Ситуационная задача №3**

Больная 35 лет, поступила в стационар для уточнения диагноза и лечения. В детстве частые ангины, которые протекали с выраженной интоксикацией. Порок сердца сформировался незаметно – был выявлен при случайном осмотре в возрасте 15 лет. Затем стала изредка испытывать боли в области сердца колющего характера и одышку при физической нагрузке. Через два года произведена тонзилэктомия, после которой появилось постоянной сердцебиение, боли в области сердца, обнаружилось повышение СОЭ. Проводилось противоревматическое лечение. За месяц до поступления в стационар после переохлаждения усилилась одышка при ходьбе, сердцебиение, боли в области сердца без чёткой локализации, сухой кашель.

Объективно: состояние удовлетворительное. Субфебрильная лихорадка, умеренный цианоз щёк. Периферических отёков нет. В лёгких единичные влажные хрипы в задне-нижних отделах. Сердце – 1 тон хлопающий у верхушки, 2 он раздвоен и акцентирован над лёгочной артерией, грубый систолический и пресистолический шум на верхушке и в левой подмышечной области. Пульс 92 в мин., ритмичный. АД 120/70 мм.рт.ст. Размеры печени не увеличены.

При обследовании:

Общий анализ крови – существенных сдвигов нет;

Биохимический анализ крови – альфа2 – глобулины – 11,8%, гамма – глобулины – 27%, СРБ – 44.

Титр АСЛ – О – 1:625, АСГ – 1:300.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие существуют критерии диагностики ревматической лихорадки?
3. Тактика ведения и лечения данной больной.

**Ситуационная задача №4**

Больная Л., 37 лет, жалуется на выраженную одышку, перебои в [работе сердца](http://zodorov.ru/pervaya-medicinskaya-pomoshe-pri-ostanovke-serdca.html), которые появились в течение 3-х дней. При осмотре яркий румянец на щеках, слизистая губ цианотического цвета. При пальпации прекардиальной области в зоне абсолютной тупости сердца пальпируется диастолическое дрожание "кошачье мурлыкание". При аускультации выслушивается трехчленная мелодия сердца, первый тон усилен. На ЭКГ - фибрилляция предсердий. Какой диагноз наиболее достоверен [у данной больной](http://zodorov.ru/profilaktika-kori.html)?

* 1. Ревматизм, митральный стеноз
	2. Ревматизм, митральная недостаточность
	3. Миокардит
	4. Дефект межжелудочковой перегородки
	5. Ревматизм, недостаточность клапанов аорты

**Краткое содержание темы:**

Осложнения острой ревматической лихорадки

Осложнения острой ревматической лихорадки чаще связаны с поражением сердца. В исходе ревмокардита могут возникать пороки сердца. Острая ревматическая лихорадка может осложняться различными нарушениями сердечного ритма. При декомпенсации ревматического порока сердца могут наблюдаться проявления ХСН.

Лечение

Лечение больного с ревматической лихорадкой во многом зависит от активности и характера течения заболевания. Лечение чаще проводится в стационаре: строгий постельный режим при наличии тяжелого кардита, назначение богатой витаминами диеты с ограничением соли и жидкости, и увеличением содержания белка. Этиотропная терапия проводится антибиотиками пенициллинового ряда. При непереносимости антибиотиков пенициллинового ряда назначают макролиды. Противовоспалительная терапия проводится нестероидными противовоспалительными средствами (диклофенак 75-150 мг/сут в течение 2 мес), при высокой активности процесса с выраженным экссудатив-ным компонентом воспаления - глюкокортикоидами (преднизолон 20-30 мг/сут с постепенным снижением дозы в течение 20-30 дн). Для лечения сердечной недостаточности назначаются ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, малые дозы мочегонных препаратов, периферические вазодилятаторы. Лечение повторной ревматической лихорадки проводится по тем же принципам.

Больным, перенесшим острую ревматическую лихорадку, показана вторичная профилактика с целью предотвращения рецидивов заболевания. Для этих целей используют пролонгированные пеницилли-ны - бензатин бензилпенициллин (экстенциллин\*), бициллин-1\*. Бензатин бензилпенициллин назначается 2,4 млн ЕД внутримышечно 1 раз в 3 нед. Бициллин-1\* назначается в той же дозе 1 раз в 7 дней. Бициллин-5\*, ранее использовавшийся для вторичной профилактики ревматической лихорадки, в настоящее время не используется, так как не соответствует необходимым фармакокинетическим требованиям, предъявляемым к превентивным препаратам. Длительность вторичной профилактики составляет не менее 5 лет, а в некоторых случаях пожизненно.

Диагноз острой ревматической лихорадки

Формулировка клинического диагноза осуществляется в соответствии с принятой классификацией ревматической лихорадки и включает в себя следующие компоненты:

• клинические варианты ревматической лихорадки;

• наличие активности процесса (степень активности);

• основные клинические проявления ревматической лихорадки;

• осложнения ревматической лихорадки. Примеры формулировки диагноза:

1. Основное заболевание: острая ревматическая лихорадка, III степень активности: ревмокардит, ревматический полиартрит с преимущественным поражением коленных, локтевых суставов, кольцевидная эритема.

Осложнение: ХСН ПА (III функциональный класс *NYHA).*

2. Основное заболевание: повторная ревматическая лихорадка, II степень активности: ревмокардит, ревматический порок сердца - митральная недостаточность, ревматический полиартрит с преимущественным поражением коленных, локтевых суставов.

Осложнение: ХСН I (I функциональный класс *NYHA).*

3. Основное заболевание: хроническая ревматическая болезнь сердца: ревматический порок сердца - стеноз левого АВ-отверстия.

Осложнение: ХСН ПА (II функциональный класс *NYHA).*

Лечение острой ревматической лихорадки - комплексное, складывающееся из этиотропной, патогенетической, симптоматической терапии и реабилитационных мероприятий.

Всем пациентам показана госпитализация с соблюдением постельного режима в течение первых 2-3 нед болезни, с включением в пищевой рацион достаточного количества полноценных белков (не менее 1г на 1 кг массы тела) и ограничением поваренной соли.

1. **ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ**

Этиотропная терапия направлена на эрадикацию -гемолитического стрептококка группы А из глотки и осуществляется бензилпенициллином в суточной дозе 1,5-4 млн ЕД у подростков и взрослых и 400-600 тыс. ЕД у детей в течение 10 дней с последующим переходом на применение дюрантной формы препарата (бензатина бензилпенициллин). В случаях непереносимости препаратов пенициллина показано назначение одного из антибиотиков из групп макролидов или линкозамидов (см. раздел "Профилактика").

1. **ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

Патогенетическое лечение острой ревматической лихорадки заключается в применении ГК и НПВП. Преднизолон, ранее применявшийся достаточно широко, в настоящее время используется преимущественно в детской кардиоревматологии, особенно при выраженном кардите и полисерозитах. Препарат назначают в дозе 20-30 мг/сут до достижения терапевтического эффекта, как правило, в течение 2 нед. В дальнейшем дозу снижают (на 2,5 мг каждые 5-7 дней) вплоть до полной отмены.

При лечении острой ревматической лихорадки с преимущественным мигрирующим полиартритом или хореей, а также при повторной атаке заболевания на фоне хронических ревматических болезней сердца назначают НПВП - диклофенак в дозе 100-150 мг/сут в течение 2 мес. Это препарат также рассматривается в качестве средства выбора при лечении острой ревматической лихорадки у взрослых.

Принимая во внимание специфические особенности воздействия ГК на минеральный обмен, а также достаточно высокий уровень дистрофических процессов в миокарде, особенно у больных с повторной острой ревматической лихорадкой на фоне хронических ревматических болезней сердца, показано назначение следующих препаратов:

• калия и магния аспарагинат по 3-6 таблеток в сутки в течение 1 мес;

• инозин в дозе 0,2-0,4 г 3 р/сут в течение 1 мес;

• нандролон в дозе 100 мг внутримышечно еженедельно, на курс 10 инъекций.

1. **ПРОФИЛАКТИКА**
2. **ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА**

Основу первичной профилактики составляет своевременное и эффективное лечение острой и хронической инфекции глотки, вызванной стрептококками группы А: тонзиллита (ангины) и фарингита. Оптимальный препарат - амоксициллин в дозе 750 мг/сут детям и 1,5 г/сут взрослым в 3 приёма в течение 10 дней. Феноксиметилпенициллин (0,375-0,75 г/сут в зависимости от массы тела) рекомендуют только детям младшего возраста. Высокой эффективностью обладает цефадроксил в дозе 30 мг/кг/сут в 1 приём детям и 1 г/сут в 2 приёма взрослым в течение 10 дней. При непереносимости бета-лактамных антибиотиков назначают макролиды (спирамицин, азитромицин, кларитромицин и др.) в стандартных дозах; продолжительность лечения этими препаратами составляет не менее 10 дней (для азитромицина - 5 дней). Для лечения рецидивов тонзиллита или фарингита, вызванных стрептококками группы А, применяют амо ксициллин+клавулановая кислота в дозе 40 мг(кг·сут) детям и 1,875 г/сут взрослым в 3 приёма в течение 10 дней. При неэффективности или непереносимости вышеуказанных препаратов показано лечение линкомицином или клиндамицином в течение 10 дней. Применение тетрациклинов, сульфаниламидов, ко-тримоксазола не рекомендуется ввиду высокой частоты резистентности к ним -гемолитического стрептококка группы А.

1. **ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА**

Вторичная профилактика показана пациентам, перенёсшим острую ревматическую лихорадку, с целью предотвращения повторных атак заболевания. Для этого используют пенициллин пролонгированного дей ствия - бензатина бензилпенициллин, применение которого позволяет уменьшить число повторных ревматических атак в 4-17 раз. Доза препарата для детей составляет 600 000 ЕД (при массе тела до 25 кг) или 1,2 млн ЕД (при массе тела более 25 кг), для подростков и взрослых - 2,4 млн ЕД в/м один раз в 3 нед. Отечественный препарат - смесь 1,2 млн ЕД бензатина бензилпенициллина и 300 000 ЕД бензилпенициллина прокаина в настоящее время рассматривается как не соответствующий фармакокинетическим требованиям, предъявляемым к превентивным препаратам, и не применяется для вторичной профилактики острой ревматической лихорадки.

Длительность вторичной профилактики для каждого пациента устанавливается индивидуально и определяется наличием факторов риска повторных атак острой ревматической лихорадки (рекомендации ВОЗ). К факторам риска относят:

• возраст больного;

• наличие хронической ревматической болезни сердца;

• время от момента первой атаки острой ревматической лихорадки;

• скученность в семье;

• семейный анамнез, отягощённый по острой ревматической лихорадке или хронической ревматической болезни сердца;

• социально-экономический статус и образование больного;

• вероятность стрептококковой инфекции в регионе;

• профессия и место работы больного (риск повышен у школьных учителей, врачей, лиц, работающих в условиях скученности).

Длительность вторичной профилактики должна составлять:

• для лиц, перенёсших острую ревматическую лихорадку без кардита, - не менее 5 лет после последней атаки или до достижения 18 лет (по принципу "что дольше");

• в случаях излеченного кардита без формирования порока сердца - не менее 10 лет после последней атаки или до достижения 25 лет (по прин ципу "что дольше");

• для больных с пороком сердца (в том числе после хирургического лечения) - пожизненно.

В соответствии с данными экспертов Американской кардиологической ассоциации, все больные с хроническими ревматическими болезнями сердца 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 простате и т.д.) необходимо профилактическое назначение антибиотиков (см. главу 6 "Инфекционный эндокардит").

1. **ПРОГНОЗ**

Непосредственной угрозы жизни при острой ревматической лихорадке практически нет (за исключением чрезвычайно редких случаев панкардита в детском возрасте). В основном прогноз определяется состоянием сердца (наличием и тяжестью порока, степенью сердечной недостаточности). Важны сроки начала терапии, так как вероятность образования ревматических пороков сердца резко увеличивается при поздно начатом лечении или его отсутствии.