

[Мед.Курсовик](#) - быстро, дешево, надежно!

Клиническая фармакология

ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА У ДЕТЕЙ

Реферат

студента ___ группа,

ФИО

Научный руководитель:

20__ г.

Оглавление

Введение	3
1. Этиология и патогенез острой ревматической лихорадки у детей	5
2. Классификация и клиническая картина острой ревматической лихорадки у детей.....	6
3. Диагностика острой ревматической лихорадки у детей	8
4. Лечение острой ревматической лихорадки у детей.....	10
5. Профилактика ревматической лихорадки у детей.....	13
Заключение	14
Список источников	15
Приложения.....	16

Введение

Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ) – это постинфекционное осложнение А-стрептококкового фарингита или тонзиллита в виде системного воспалительного заболевания соединительной ткани с преимущественной локализацией в коже, суставах, сердечно-сосудистой системе и головном мозге, которое развивается у предрасположенных лиц, главным образом, молодого возраста от 7 до 15 лет в связи с аутоиммунным ответом их организма на антиген стрептококка и перекрестной реактивностью со схожими аутоантигенами поражаемых тканей человека.

Актуальность темы: длительное время заболеваемость острой ревматической лихорадкой среди перенесших острую стрептококковую инфекцию составляла до 0,3% в популяции и до 3% в закрытых коллективах, однако острая ревматическая лихорадка определяет собой активную фазу заболевания, а повторные её атаки рассматриваются не как рецидив, а как новый эпизод инфицирования А-стрептококком группы. На сегодняшний день острая ревматическая лихорадка не является массово-распространенным заболеванием, однако оно представляет серьезную проблему в связи с высокой распространенностью ревматических пороков сердца, поэтому в современных условиях возрастает актуальность в своевременном распознавании острой ревматической лихорадки у детей, раннем назначении адекватной медикаментозной терапии с последующим проведением профилактики её повторных атак.

Цель исследования: изучить особенности терапии острой ревматической лихорадки у детей.

Для достижения данной цели исследования были поставлены следующие задачи исследования:

1. Описать этиологию и патогенез острой ревматической лихорадки у детей.
2. Привести классификацию острой ревматической лихорадки у детей.

1. Этиология и патогенез острой ревматической лихорадки у детей

Возникновение ОРЛ и повторных атак тесно связано с предшествующей острой или хронической носоглоточной инфекцией, вызванной БГСА. Развитию ОРЛ после стрептококкового фарингита, тонзиллита или отита способствуют повышенная вирулентность микроорганизма, а также выраженность иммунного ответа и генетическая предрасположенность макроорганизма. А-стрептококковая инфекция оказывает повреждающее воздействие на ткани с развитием иммунного асептического воспаления вследствие образования различных клеточных и внеклеточных антигенов.

Патогенное действие стрептококка на сердечно-сосудистую систему связывают с М-протеином, входящим в состав его клеточной стенки. М-протеин стрептококка включает антигенные структуры, сходные с антигенами клеток сердца человека, в первую очередь с белками сарколеммы и миозином. Из более чем 80 выделенных штаммов стрептококка группы А «ревматогенным» потенциалом обладают лишь те из них, которые принадлежат к типу М-5, М-6, М-18, М-24.

Выявлена генетическая предрасположенность к этому заболеванию. Для ОРЛ наиболее вероятной оказалась мультифакторная модель наследуемости. При исследовании генетических маркеров установлено, что у больных ОРЛ чаще встречаются определенные антигены HLA-системы, среди которых преобладают HLA A 11, B 35, DR 5, DR 7, а также DR 2, DR 4.

В патогенезе ОРЛ на начальном этапе развития заболевания определенное значение имеет прямое и опосредованное повреждающее воздействие продуктов метаболизма стрептококка – стрептолизинов О, стрептокиназы, стрептогиалуронидазы, дезоксирибонуклеазы В и др. По мере нарастания гипериммунного ответа на первый план выступают иммунные механизмы поражения сердца, связанные с перекрестной реактивностью антигенов клеточной мембраны стрептококка группы А, в частности его М-протеина с антигенами ткани клапанов и миокарда, прежде всего сарколеммы – феномен «молекулярной мимикрии».

Заключение

Подводя итоги вместе исследования следует отметить, что детей острая ревматическая лихорадка – негнойное острое воспалительное осложнение стрептококковой фарингеальной инфекции группы А, вызывающее комбинации артрита, кардита, подкожных узелков, ревматоидной эритемы и хореи. Диагноз основывается на применении модифицированных критериев Джонса к данным анамнеза, обследования и лабораторных исследований. Лечение включает в себя аспирин или другое нестероидные противовоспалительные препараты, кортикостероиды во время тяжелого кардита, и антимикробные препараты для ликвидации остаточной стрептококковой инфекции и профилактики реинфицирования.

Все цели и задачи данного исследования были достигнуты, актуальность темы была раскрыта в полном объёме.

Список источников

1. Клинические рекомендации «Острая ревматическая лихорадка у детей» / Союз педиатров России, 2021. – 58 с.
2. Белов Б.С. Острая ревматическая лихорадка и хроническая ревматическая болезнь сердца: диагностика, лечение, профилактика / под ред. Б.С. Белова - Болезни сердца и сосудов, 2018. - 69 с.
3. Кантемирова М.Г., Коровина О.А., Артамонова В.А. Острая ревматическая лихорадка у детей: облик болезни в начале XXI века / под ред. М.Г. Кантемирова, О.А. Коровина, В.А. Артамонова - ГФБОУ ВПО Российский Университет Дружбы Народов: Москва, 2022. – 5 с.
4. Кузьмина Н.Н., Медынцева Л.Г., Мовсисян Г.Р. Острая ревматическая лихорадка у детей: 50-летний опыт наблюдения (от прошлого к будущему). Научно-практическая ревматология, 2020. – 14 с.
5. Насонов Е.Л., Насонова В.А. Ревматология: национальное руководство / под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 711 с.

Приложения

Приложение 1

Клинико-лабораторная характеристика активности острой ревматической лихорадки у детей

Степень активности	Клинические признаки	ЭКГ, ФКГ и рентгенологические признаки	Лабораторные показатели
III — максимальная	Яркие общие и местные проявления болезни с наличием лихорадки, преобладанием экссудативного компонента воспаления в пораженных органах и системах (острый полиартрит, диффузный миокардит, панкардит, серозиты).	В зависимости от проявлений болезни могут выявляться ярко, умеренно или слабо выраженные симптомы воспалительного поражения оболочек сердца, легких, плевры	В крови: нейтрофильный лейкоцитоз, СОЭ 40 мм/ч и выше, положительная реакция на С-реактивный белок (высокий уровень), увеличение содержания глобулинов, фибриногена, серомукоида, показателя ДФА-реакции. Высокие титры АСЛО, АСГ, АСК
II — умеренная	Умеренные клинические проявления болезни с умеренной лихорадкой или без нее, без выраженного экссудативного компонента воспаления в пораженных органах, тенденция к множественному их вовлечению в воспалительный процесс	Признаки кардита выражены умеренно или слабо	Лабораторные признаки активности процесса выражены умеренно. Показатели противострептококкового иммунитета выражены умеренно. Количество лейкоцитов может быть нормальным, СОЭ 20–40 мм/ч. Соответственно умеренно повышены и другие лабораторные показатели.
I — минимальная	Клинические симптомы активности ревматического процесса выражены слабо. Почти полностью отсутствуют признаки экссудативного воспаления в органах и тканях. Преимущественно моносиндромный характер воспалительных поражений	Выражены слабо	Не отклоняются от нормы либо минимально повышены