

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №2

УТВЕРЖДЕНО
на заседании кафедры внутренних болезней №2
с курсом эндокринологии
Протокол от 30 августа 2007 № 1
Заведующая кафедрой д.м.н.
_____ Е.А.Уланова
«__» _____ 2007

ТЕМА: **“ ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА
И ХРОНИЧЕСКАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА ”**

Учебно-методическая разработка для студентов
IV курс
лечебный факультет,
факультет подготовки специалистов для зарубежных стран

Автор: ассистент кафедры
внутренних болезней №2
Н.В.Николаева

Гомель, 2007

Данная методическая разработка предназначена для самостоятельной работы студентов. В ней представлены: I. Актуальность темы. II. Цель занятия (умение и знание). III. Базисные разделы. IV. Рекомендуемая литература. V. Вопросы для самоподготовки. VI. Графическая структура темы занятия. VII. Схема обследования больного. VIII. Самостоятельная работа студентов. IX. Клинические задачи и тестовый контроль.

I. Актуальность темы

Знание темы необходимо для решения студентом профессиональных задач по диагностике, лечению и профилактике острой ревматической лихорадки. Основано на повторении и изучении тем курса нормальной анатомии и физиологии сердца, курса патологии сердечно-сосудистой системы, пропедевтики внутренних болезней, клинической фармакологии сердечно-сосудистых и противовоспалительных препаратов.

II. Цель занятия

Изучить этиологию, патогенез, патоморфологию, особенности клинической картины и диагностические критерии ревматизма, методы обследования, дифференциальную диагностику, осложнения ревматизма, а также лечение и профилактику.

Студенты должны знать:

- определение понятия “ревматизм”;
- этиологию (предрасполагающие факторы), факторы риска, современные теории патогенеза;
- классификацию ревматизма (А.И.Неспилов, 1964), рабочую классификацию ревматизма (съезд ревматологов России, 1996);
- клиническую картину: ревмокардит (диагностические критерии кардита), ревматический полиартрит, ревматические поражения легких, ревматический плеврит, ревматическое поражение почек, и др.);
- варианты течения ревматизма;
- диагностические критерии;
- принципы лечения;
- профилактику ревматизма.

Студенты должны уметь:

- собрать анамнез у больного;
- провести функциональное исследование больного;
- сформулировать диагноз в соответствии с пунктами классификации;
- составить план обследования больного острой ревматической лихорадкой;
- провести дифференциальную диагностику между острой ревматической лихорадкой и хронической ревматической болезнью сердца.

III. Разделы, изученные ранее и необходимые для данного занятия (базисные знания).

1. Этиологические особенности β -гемолитического стрептококка.
2. β -гемолитический стрептококк группы А, и его так называемые «ревматогенные» серотипы (М3, М5, М18, М24).
3. Особенность перечисленных серотипов.
4. Роль генетических факторов.
5. Патогенез и патоморфология при острой ревматической лихорадке.
6. Роль прямого токсического повреждения компонентов миокарда кардиотропными ферментами β -гемолитического стрептококка группы А.
7. Значение клеточного и гуморального иммунного ответа на различные антигены стрептококка.
8. Стадии патологического процесса.

IV. Рекомендуемая литература по теме занятия:

I. Основная:

1. Внутренние болезни: в 2 т. / под ред. А.И.Мартынова, Н.А. Мухина. - М.: ГЭОТАР, 2004.
2. Методическое обследование, симптомы и симптомокомплексы в клинике внутренних болезней: справочно-методическое пособие / В.К.Милькаманович. – Мн., 1995.
3. Ревматические болезни / под ред. В.А. Насонова, Н.В. Бунчук. - М.: Медицина, 1997. - 144-59 с.

II. Дополнительная:

1. Амосова, А.Н. Клиническая кардиология / А.Н.Амосова, т.1, 2000.
2. Белов, Б.С. Острая ревматическая лихорадка / Русский медицинский журнал, 1998, №18. - 199-204 с.
3. Лесняк, О.М. Дифференциальная диагностика ревматизма и Лайм-Берлиоза / Клиническая ревматология, 1995; №3. - 11-3 с.
4. Насонова, В.А. Ревматизм / В.А.Насонова, И.А.Бронзов. - М.: Медицина, 1978.
5. Насонов, Е.Л. Антифосфолипидный синдром: кардиологические аспекты / Е.Л.Насонов, Ю.А.Карпов, З.С.Алекберова и др. - Терапевтический архив, 1993, №11.

V. Вопросы для самоподготовки:

а) по базисным знаниям:

1. Понятие «острая ревматическая лихорадка».
2. Этиология, патогенез и патоморфология ревматического процесса.
3. Клиническая картина ревматизма.
4. Лабораторно-инструментальные методы исследования.
5. Диагностические критерии и степени активности острой ревматической лихорадки.
6. Дифференциальная диагностика ревматизма.
7. Осложнения ревматизма.
8. Лечение и профилактика ревматизма.

б) по данной теме:

1. Этиология и патогенез ревматизма.
2. Роль β -гемолитического стрептококка (клинические, серологические и эпидемиологические доказательства). Патогенез.
3. Морфология различных стадий острой ревматической лихорадки.
4. Классификация.
5. Клиническая картина основных проявлений ревматической лихорадки: полиартрит, ревмокардит первичный и возвратный, перикардит, хорея, кожные проявления, поражение почек.
6. Клинико-лабораторные критерии активности острой ревматической лихорадки.
7. Варианты течения ревматизма.
8. Дифференциальный диагноз.
9. Протоколы диагностики и лечения острой ревматической лихорадки.
10. Лечение: пенициллинотерапия, нестероидные противовоспалительные средства. Показания к назначению кортикостероидов.
11. Формирование здорового образа жизни. Профилактика.
12. Санация очаговой инфекции, противорецидивное лечение.
13. Диспансерное наблюдение.

Темы УИРС:

1. Острая ревматическая лихорадка и беременность, особенности тактики ведения.
2. Хроническая ревматическая болезнь сердца у пожилых лиц.
3. Врожденные пороки сердца и острая ревматическая лихорадка.

Дидактические средства для организации самостоятельной работы студентов:

1. Компьютер (банк клинических данных).
2. Таблицы:
 - №8 “Данные аускультации сердца при митральном пороке в зависимости от характера преобладающего порока”;
 - №50 “Острая ревматическая лихорадка (МКБ-10)”;
 - №15 “Дифференциально-диагностические различия между функциональным и органическим систолическим шумом”;
 - №10 “Проводящая система сердца”;
 - №42 “Операции на сердце”;
 - №46 “Искусственные клапаны сердца”;
 - №47,48,49 “УЗИ сердца”;
 - №23 “Строение сердца”;
 - №114 “Молекулярная мимикрия“ в патогенезе ревматической лихорадки”;
 - №116 “Рабочая классификация ревматической лихорадки (АРР, 2003)”.
3. Задачи, тестовый контроль по теме занятия.
4. Больные с острой ревматической лихорадкой разной степени активности, явлениями сердечной недостаточности и другими осложнениями данного заболевания.
5. Истории болезни больных острой ревматической лихорадкой.
6. Данные лабораторных и инструментальных методов обследования больных ревматизмом: эхокардиография, электрокардиография, рентгенограммы органов грудной полости.
7. Банк заданий для самостоятельной работы.

VI. Тема занятия

Острая ревматическая лихорадка – системное воспалительное заболевание соединительной ткани, обычно развивающееся у генетически предрасположенных индивидуумов через 2-4 недели после перенесения стрептококковой инфекции, вызванной β -гемолитическим стрептококком группы А (обычно ангины).

Этиология

1. Гемолитический стрептококк

Острая ревматическая лихорадка развивается через 2-4 недели после перенесенной инфекции, вызванной β -гемолитическим стрептококком группы А, его так называемыми “ревматогенными” серотипами (М3, М5, М18, М24). Особенность перечисленных серотипов – высокая контагиозность, быстрая передача от больного человека к здоровому и наличие на поверхности стрептококка М-протеина, содержащего антигенные детерминанты (эпитопы), имеющие сходство с компонентами сердечной мышцы, мозга и синовиальных оболочек.

2. Генетические факторы

О роли генетических факторов свидетельствует более высокая распространенность этих болезней (в том числе ревматических пороков сердца) в отдельных семьях. У 75-100% больных и только у 15% здоровых людей на В-лимфоцитах присутствует аллоантиген D8/17, выявляемый с помощью моноклональных АТ.

Патогенез и патоморфология

Развитие ревматической лихорадки определяют несколько механизмов. Определенную роль может играть прямое токсическое повреждение компонентов миокарда кардиотропными ферментами β -гемолитического стрептококка группы А. Однако особенно большое значение придают развитию клеточного и гуморального иммунного ответа на различные Аг стрептококка, приводящего к синтезу противострептококковых АТ, перекрестно реагирующих с Аг миокарда.

Стадии патологического процесса

При ревматизме выделяют 4 стадии патологического процесса в соединительной ткани: мукоидное набухание → фибриноидные изменения → пролиферативные реакции → склероз.

Клиническая картина

Острота дебюта ревматической лихорадки тесно связана с возрастом больных. Более чем у половины детей через 2-3 недели после ангины внезапно повышается температура тела, появляются асимметричные мигрирующие боли в крупных суставах (чаще всего коленных) и признаки кардита (перикардальные боли в грудной клетке, одышка, сердцебиение и др.) у остальных больных наблюдают моносимптомное течение с преобладанием признаков артрита или кардита (или очень редко хореи).

1. Артрит

Артрит (или артралгии) несколько крупных суставов – ведущий симптом заболевания у 2/3 больных с первой атакой ревматической лихорадки. Боли в суставах нередко настолько выражены, что приводят к существенному ограничению их подвижности. Одновременно с болями проявляются припухлость суставов за счет синовита и поражения периартикулярных тканей, иногда покраснение кожных покровов над суставами. Наиболее часто происходит поражение коленных, голеностопных, лучезапястных и локтевых суставов. Характерная особенность ревматического артрита – его мигрирующий характер, когда признаки поражения одних суставов почти полностью исчезают в течение 1-5 дней и сменяются столь же выраженным поражением других суставов.

2. Ревмокардит

Клиническая симптоматика кардита определяется преимущественным поражением той или иной структуры сердца – миокарда, эндокарда или перикарда.

- Эндокардит

Признаки ревмокардита: расширение границ сердца, появление или изменение характера сердечных шумов, нарушение ритма сердца.

- Перикардит

Симптомы перикардита: расширение границ сердечной тупости, приглушенность тонов сердца, шум трения перикарда, лучше всего выслушиваемы над грудиной.

- Миокардит

Чаще всего проявляется тахикардией (или, наоборот брадикардией), а по данным ЭКГ – нарушением проводимости, АВ-блокадой различной степени выраженности.

Одним из важнейших критериев ревмокардита, особенно впервые выявленного, является положительная динамика клинических симптомов под влиянием противоревматической терапии. Исход ревмокардита – формирование ревматических пороков сердца.

3. Кольцевидная эритема

Кольцевидная эритема – характерный, но редкий признак ревматической лихорадки. Кольцевидные розовые незудящие высыпания локализуются на внутренней поверхности конечностей, туловища, шее, обычно сочетаются с мигрирующим артритом.

4. Подкожные ревматические узелки

Подкожные ревматические узелки – мелкие (величиной с горошину) образования, локализирующиеся в периартикулярных тканях у мест прикрепления сухожилий, над костными выступами в области коленных, локтевых суставах, затылочной кости.

5. Малая хорея

Хорея, которую обычно называют малой, - типичное проявление ревматической лихорадки, и связана с вовлечением в патологический процесс различных структур мозга (полосатое тело, субталамические ядра, мозжечок).

Симптомы хорей – хаотические не произвольные подергивания конечностей и мимической мускулатуры (гиперкинезы), сопровождающиеся нарушением почерка, невняtnостью речи и неловкостью движений.

Лабораторные и специальные исследования

- При остром начале болезни уже в первые дни наблюдают развитие нейтрофильного лейкоцитоза, увеличение СОЭ и концентрации СРБ.
- Общий анализ мочи обычно не изменен.
- Повышение титров антистрептококковых АТ.
- При бактериологическом исследовании мазка из зева обнаруживают β -гемолитический стрептококк группы А.
- Проведение эхокардиографии целесообразно для выявления пороков сердца и перикардита.
- ЭКГ важна для уточнения характера нарушений сердечного ритма.

Диагностические критерии

Большие проявления	Малые проявления
➤ Кардит ➤ Полиартрит ➤ Хорея ➤ Кольцевидная эритема ➤ Подкожные узелки	➤ Клинические симптомы ➤ Артралгия ➤ Лихорадка ➤ Лабораторные изменения ➤ Увеличение СОЭ и повышение концентрации СРБ ➤ Удлинение интервала Р-Q на ЭКГ
Дополнительные признаки, предшествующие стрептококковой инфекции	
✓ Положительные результаты бактериологического исследования мазков из зева на β-гемолитический стрептококк группы А ✓ Увеличение титров противострептококковых АТ	

Активность заболевания

При определении активности заболевания используют совокупность клинических и лабораторных параметров.

III степень

III степень активности характеризуются лихорадкой, острым полиартритом, миокардитом, высокими титрами противострептококковых АТ; возможны панкардит, серозит, нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ (выше 40 мм/ч).

II степень

При II степени активности преобладают умеренно выраженные симптомы поражения сердца в сочетании с субфебрильной температурой тела, полиартралгиями или моноолигоартритом, возможна хорея. СОЭ в пределах 20-40 мм/ч. Отмечают умеренный лейкоцитоз и повышение титров противострептококковых АТ.

I степень

I степень активности характеризуется моносиндромностью (невыраженный кардит либо малая хорея). Лабораторные показатели соответствуют норме или изменены незначительно.

Дифференциальная диагностика

- При нечеткой связи стрептококковой инфекции с развитием кардита необходимо исключить другие заболевания сердца, такие, как вирусный миокардит, пролапс митрального клапана.
- Ревматический полиартрит – классический пример реактивного артрита, поэтому необходимо исключить другие формы реактивных артритов.
- Очень трудно отличить ревматическую лихорадку от постстрептококкового реактивного артрита, который может развиваться у подростков и молодых людей после стрептококковой инфекции.
- Развитие артрита, кардита, поражения ЦНС (энцефалита) и кожи (хроническая мигрирующая эритема) характерно для клещевого боррелиоза (болезнь Лайма), возбудителем которого является спирохета *Borrelia burgdorferi*, передаваемая при укусе клеща.
- Иногда острую ревматическую лихорадку необходимо отличить от антифосфолипидного синдрома, который может проявляться поражением клапанов сердца и развитием хорей.

Лечение

Необходимо:

- госпитализация пациентов;
 - соблюдение постельного режима;
 - назначение богатой витаминами диеты с ограничением соли, углеводов и увеличением содержания белка.
1. НПВС (обычно диклофенак в дозе 100-150 мг/сут.) в течение 2-3 мес.
 2. При панкардите глюкокортикоиды (Преднизолон в дозе 20-30 мг/сут с постепенным снижением дозы в течение 20-30 дней). При умеренной активности следует ограничиться назначением диклофенака (75-100 мг/сут.)

Профилактика

1. Первичная профилактика. Основу первичной профилактики составляет антибактериальная терапия (ангины).
2. Вторичная профилактика показана пациентам, перенесшим острую ревматическую лихорадку, с целью предотвращения рецидивов. Для этого используют пенициллин пролонгированного действия (бициллин – 5), применение которого позволяет снизить число повторных ревматических атак в 4-17 раз. Доза препарата для детей составляет 600 тыс.-1,2 млн ЕД, для взрослых – 2,4 млн ЕД в/м 1 раз в 3 нед.

Длительность вторичной профилактики для детей, перенесших острую ревматическую лихорадку без кардита, должна составлять не менее 5 лет, а для больных, перенесших первичную и повторную атаку с поражением сердца (особенно при формировании порока сердца), - более 5 лет, а в некоторых случаях пожизненно.

VIII. Самостоятельная работа студентов

Самостоятельной работой студентов является курация больных. В ходе занятия группы из 2—3 студентов совместно курируют 1—2 больных с различной степенью активности острой ревматической лихорадки, коллегиально формулируют структурированный предварительный диагноз и составляют план обследования и лечения пациента. Результаты работы докладываются всей группе, обсуждаются и фиксируются в дневнике курации.

Задачи курации:

1. Формирование навыков опроса и осмотра больных острой ревматической лихорадкой.
2. Формирование навыка постановки предварительного диагноза острая ревматическая лихорадка на основании данных опроса и осмотра пациента.
3. Формирование навыка составления плана обследования и лечения исходя из предварительного диагноза острая ревматическая лихорадка.

IX. Клинические задачи и тестовый контроль

Задача №1

Больная Л., 63 лет, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке и в покое, приступы удушья в ночное время, возникающие в горизонтальном положении, кашель с выделением небольшого количества мокроты с примесью крови, выраженные отеки нижних конечностей, повышение температуры тела до 38 °С, слабость. Из анамнеза известно, что больная с детского возраста страдает ревматизмом с формированием порока сердца. Настоящее ухудшение в течение последнего месяца, которое больная связывает с переохлаждением.

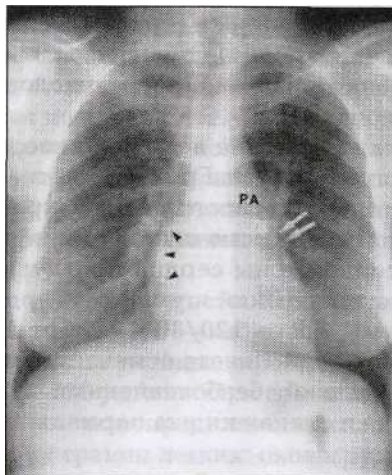
При осмотре: состояние тяжелое, положение ортопноэ. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, на лице — румянец щек с цианотичным оттенком, акроцианоз. Выраженные отеки голеней и стоп. Грудная клетка конической формы, симметричная. ЧД — 24 уд/мин. При сравнительной перкуссии отмечается притупление перкуторного звука в нижних долях обоих легких. Топографическая перкуссия нижних границ легких: окологрудинная линия (правое легкое) — V межреберье, среднеключичная (правое легкое) — VI ребро, передняя подмышечная — VII ребро, средняя подмышечная — VIII ребро, задняя подмышечная — IX ребро, лопаточная - X ребро, околопозвоночная — остистый отросток XI грудного позвонка.

При аускультации легких — дыхание жесткое, ослабленное в нижних отделах, выслушиваются влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. В нижней доле правого легкого выслушивается крепитация. Грудная клетка в области сердца не изменена. Границы относительной тупости сердца: правая — 3 см кнаружи от правого края грудины, левая — 2,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя — верхний II ребра. При аускультации сердца выслушивается хлопающий I тон, тон открытия митрального клапана, протодиастолический шум, акцент II тона над легочной артерией. Ритм сердечных сокращений правильный, ЧСС — 90 уд/мин, Артериальное давление - 120/80 мм рт. ст. Живот нормальной формы, симметричен. При перкуссии живота отмечается тимпанит. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации пальпируется сигмовидная и слепая кишка нормальной консистенции, безболезненные.

Размеры печени: по правой передней подмышечной — 14 см, по правой среднеключичной — 13 см, по правой окологрудной — 12 см.

Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, край закруглен, чувствительный при пальпации. Область почек не изменена, болезненности в области мочеточниковых точек нет. Селезенка не увеличена.

Рентгенография органов грудной полости:



ЭхоКГ: створки митрального клапана утолщены. Площадь левого атриовентрикулярного отверстия — $2,2 \text{ см}^2$ (норма — $4-6 \text{ см}^2$). Другие клапаны интактны. Фракция выброса левого желудочка — 30% (норма — 50-70%). Легочная гипертензия.

Общий анализ крови: Нб — 125 г/л, эритроциты — 4 млн, лейкоциты - 9,6 тыс., эозинофилы — 2%, палочкоядерные — 5%, сегментоядерные - 68%, лимфоциты — 20%, моноциты — 5%, СОЭ — 19 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность — 1021, реакция кислая, белок, глюкоза, эритроциты отсутствуют, лейкоциты — 2-3 в поле зрения.

Ревмопробы: СРБ — положительный, титр антистрептолизина О — 160 (норма — до 250), титр антигиалуронидазы — 200 (норма — до 300).

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Обоснуйте изменения гемодинамики при данном пороке.
3. Что в себя включает понятие “ритм перепела”?
4. Тактика ведения и лечения данной больной.

Задача №2

Больная Д., 13 лет, школьница, поступила в стационар с жалобами на повышение температуры тела до $38,5^\circ\text{C}$, боли в коленных, голеностопных и локтевых суставах, насильственные движения мышц рук, туловища, лица, плаксивость, выраженную слабость, утомляемость. Из анамнеза известно, что за 2 недели до госпитализации больная перенесла тяжелую ангину.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, влажные на ощупь. Грудная клетка конической формы, симметричная. ЧД—16 уд/мин. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук. Топографическая перкуссия

нижних границ легких: окологрудная линия (правое легкое) — V межреберье, среднеключичная (правое легкое) — VI ребро, передняя подмышечная — VII ребро, средняя подмышечная — VIII ребро, задняя подмышечная — IX ребро, лопаточная — X ребро, околопозвоночная — остистый отросток XI грудного позвонка.

При аускультации легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипы не выслушиваются. Грудная клетка в области сердца не изменена. Границы относительной тупости сердца: правая — по правому краю грудины, левая — по левой среднеключичной линии, верхняя — III межреберье. При аускультации сердца тоны сердца приглушены, ритмичны, на верхушке выслушивается систолический шум. Ритм сердечных сокращений правильный, ЧСС — 98 уд/мин, Артериальное давление — 120/80 мм рт. ст. Живот нормальной формы, симметричен. При перкуссии живота отмечается тимпанит. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации пальпируется сигмовидная и слепая кишка нормальной консистенции, безболезненные.

Размеры печени: по правой передней подмышечной — 9 см, по правой среднеключичной — 8 см, по правой окологрудной — 7 см.

Печень не выступает из-под края реберной дуги. Область почек не изменена, болезненности в области мочеточниковых точек нет. Селезенка не увеличена.

При рентгенографии органов грудной полости: легочные поля прозрачны, очаговых и инфильтративных теней не выявлено.

ЭКГ: ритм синусовый, нормальное положение электрической оси сердца, ЧСС — 98 уд/мин. Единичная наджелудочковая экстрасистола.

Общий анализ крови: Hb — 130 г/л, эритроциты — 4,5 млн, лейкоциты — 9,6 тыс., эозинофилы — 2%, палочкоядерные — 5%, сегментоядерные — 68%, лимфоциты — 20%, моноциты — 5%, СОЭ — 24 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность — 1010, реакция кислая, белок, глюкоза, эритроциты отсутствуют, лейкоциты — 1-2 в поле зрения.

Ревмопробы: СРБ — +++, титр антистрептолизина-О — 290 (норма — до 250), титр антигиалуронидазы — 330 (норма — до 300).

Консультация невролога: больная эмоционально лабильна. Определяются гиперкинезы рук, туловища, мимической мускулатуры. Выполнение координационных проб затруднено.

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.

Задача №3

Больной М., 56 лет, инженер, обратился к участковому врачу с жалобами на одышку инспираторного характера при физической нагрузке, слабость, повышенную утомляемость, периодические эпизоды сердцебиения. Из анамнеза известно, что в детстве был очень болезненным мальчиком, часто болел простудными заболеваниями. Диагноз ревматизма впервые был выставлен в 12-летнем возрасте, отмечались боли в коленных суставах. Врачи говорили об изменениях со стороны сердца (выслушивался шум). Однако длительное время больной себя хорошо чувствовал, к врачам не обращался. Состояние ухудшилось в течение последних двух недель, когда отмечалось повышение температуры до 38,5 °С, боли в горле.

Самостоятельно лечился аспирином, бисептолом с эффектом. Наблюдалась нормализация температуры тела, однако обращали на себя внимание одышка при физической нагрузке и выраженная слабость, что и послужило поводом для обращения к врачу.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, влажные на ощупь. Зев — небные дужки гиперемированы, миндалины увеличены, определяются гнойные пробки. Грудная клетка конической формы, симметричная. ЧД — 20 уд/мин. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук. Топографическая перкуссия нижних границ легких: окологрудная линия (правое легкое) — V межреберье, среднеключичная (правое легкое) — VI ребро, передняя подмышечная — VII ребро, средняя подмышечная — VIII ребро, задняя подмышечная — IX ребро, лопаточная — X ребро, околопозвоночная — остистый отросток XI грудного позвонка.

При аускультации легких — дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипы не выслушиваются. Грудная клетка в области сердца не изменена. Границы относительной тупости сердца: правая — по правому краю грудины, левая — 2 см снаружи от левой среднеключичной линии, верхняя — III межреберье. При аускультации сердца — тоны сердца приглушены, ритмичны, в пятой точке аускультации определяется диастолический шум, усиливающийся при наклоне вперед. Ритм сердечных сокращений правильный, ЧСС — 80 уд/мин, Артериальное давление — 145/20 мм рт. ст. Симптом Мюссе. Живот нормальной формы, симметричен. При перкуссии живота отмечается тимпанит. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации пальпируется сигмовидная и слепая кишка нормальной консистенции, безболезненные.

Размеры печени: по правой передней подмышечной — 10 см, по правой среднеключичной — 9 см, по правой окологрудной — 8 см.

Печень не выступает из-под края реберной дуги. Область почек не изменена, болезненности в области мочеточниковых точек нет. Селезенка не увеличена.

При рентгенографии органов грудной полости: легочные поля прозрачны, очаговых и инфильтративных теней не выявлено. Увеличение левой границы сердца преимущественно за счет левого желудочка.

ЭКГ: ритм синусовый, нормальное положение электрической оси сердца, ЧСС — 84 уд/мин. Признаки гипертрофии левого желудочка.

Общий анализ крови: Hb — 140 г/л, эритроциты — 4,5 млн, лейкоциты — 12 тыс., эозинофилы — 1%, палочкоядерные — 6%, сегментоядерные — 64%, лимфоциты — 24%, моноциты — 5%, СОЭ — 42 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность — 1018, реакция кислая, белок, глюкоза, эритроциты отсутствуют, лейкоциты — 1 - 2 в поле зрения.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какой порок сердца сформировался у данного больного, особенности гемодинамики при данном пороке?
3. На основании чего выставляется активность процесса?
4. Назовите стадии дезорганизации соединительной ткани при данном заболевании.

Тестовый контроль

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Срок формирования митральных пороков от начала заболевания ревматизмом:
 - а) 1—2 недели;
 - б) 6—12 месяцев;
 - в) 3—5 лет;
 - г) более 10 лет.

2. М-протеин β -гемолитического стрептококка группы А содержит антигенные детерминанты (эпитопы), имеющие сходство с компонентами:
 - а) сердечной мышцы;
 - б) мозга;
 - в) легких;
 - г) почек;
 - д) синовиальных оболочек.

3. Основные признаки первичного ревмокардита:
 - а) развивается через 2—3 недели после перенесенной стрептококковой инфекции;
 - б) повышение артериального давления;
 - в) ослабление тонов сердца;
 - г) положительная динамика под влиянием активной терапии.

4. Основные характеристики кольцевидной эритемы:
 - а) высыпания бледно-розового цвета;
 - б) возвышаются над уровнем кожи;
 - в) сопровождаются кожным зудом;
 - г) локализуются на коже туловища, внутренней поверхности конечностей;
 - д) не возвышаются над уровнем кожи;
 - е) исчезают при надавливании.

5. Основные характеристики ревматического полиартрита:
 - а) симметричное поражение крупных суставов;
 - б) мигрирующий характер болей;
 - в) поражение мелких суставов кисти;
 - г) стойкая деформация суставов;
 - д) полная обратимость процесса.

6. Признаки возвратного ревмокардита:
 - а) развивается на фоне приобретенного порока сердца;
 - б) появление ревматических узелков;
 - в) развивается через 2—3 недели после перенесенной стрептококковой инфекции;
 - г) обнаружение новых шумов или нарастание их интенсивности;
 - д) появление признаков недостаточности кровообращения.

7. Морфологические изменения клапана аорты, приводящие к развитию недостаточности при ревматизме:
- а) фиброз и укорочение створок;
 - б) мукоидное набухание;
 - в) деформация створок;
 - г) кальциноз клапана;
 - д) фибриноидное набухание.
8. Подкожные ревматические узелки локализуются:
- а) на мочках ушей;
 - б) в периартикулярных тканях, в местах прикрепления сухожилий;
 - в) на веках;
 - г) на коже ладоней и стоп.
9. Как ранее называлась малая хорея:
- а) “пляска Святого Карла”;
 - б) “пляска каротид”;
 - в) “пляска Святого Вита”;
 - г) кошачье мурлыканье.
10. Какие структуры головного мозга страдают при ревматической лихорадке:
- а) спинной мозг;
 - б) полосатое тело;
 - в) мозжечок;
 - г) петля Генли;
 - д) субталамические ядра.
11. Хорея включает в себя:
- а) непроизвольное мочеиспускание;
 - б) непроизвольные гиперкинезы;
 - в) эмоциональную нестабильность;
 - г) нарушения почерка;
 - д) эритематозную сыпь.
12. Большие критерии ревматизма:
- а) кольцевидная эритема;
 - б) кардит;
 - в) ревматические узелки;
 - г) хорея;
 - д) перикардит;
 - е) полиартрит.
13. Малые критерии ревматизма:
- а) артралгии;
 - б) головная боль;
 - в) лихорадка;
 - г) увеличение СОЭ;
 - д) систолический шум на верхушке.

14. Дополнительным признаком, указывающим на перенесенную стрептококковую инфекцию, является определение:
- а) возбудителя в крови;
 - б) антистрептолизина –О;
 - в) антистрептогиалуронидазы;
 - г) увеличения СОЭ;
 - д) антистрептокиназы;
 - е) лейкоцитоза.
15. При отсутствии четкой связи стрептококковой инфекции с развитием кардита необходимо исключить такие заболевания сердца, как:
- а) вирусный миокардит;
 - б) пролапс митрального клапана;
 - в) инфекционный эндокардит;
 - г) инфаркт миокарда;
 - д) болезнь Лайма.
16. К неспецифическим острофазовым показателям воспаления при активном ревматическом процессе относятся:
- а) лейкоцитоз со сдвигом влево;
 - б) увеличение СОЭ;
 - в) появление СРБ;
 - г) повышение титра противострептококковых антител;
 - д) повышение содержания фибриногена.
17. Группы препаратов, применяемых для лечения ревматизма:
- а) глюкокортикостероиды;
 - б) антибиотики;
 - в) антигистаминные препараты;
 - г) нестероидные противовоспалительные препараты;
 - д) статины.
18. Осложнениями ревматизма являются:
- а) формирование порока сердца;
 - б) тромбоэмболический синдром;
 - в) амилоидоз;
 - г) сердечная недостаточность;
 - д) артериальная гипертензия.
19. Вторичная профилактика ревматизма проводится:
- а) 5-НОК;
 - б) бициллин-1;
 - в) ИРС 19;
 - г) Лив-52;
 - д) бициллин-5.
20. Какие группы препаратов используются для лечения хронической сердечной недостаточности при ревматизме:
- а) диуретики;
 - б) ингибиторы ГМК- КоА редуктазы;
 - в) ингибиторы АПФ;
 - г) сердечные гликозиды;
 - д) глюкокортикоиды;
 - е) антибиотики.