

Дніпровський державний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини 2, фтизіатрії, професійних хвороб
і клінічної імунології

«Затверджено»
На засіданні кафедри
Внутрішньої медицини 2, фтизіатрії,
професійних хвороб і клінічної імунології
Протокол № ____ від _____.2024 р.
Зав.кафедрою, д.мед.н., професор
_____Курята О.В..

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
для студентів

Дисципліна	Внутрішня медицина (в т.ч. пропедевтика внутрішньої медицини, інфекційні хвороби та епідеміологія, клінічна фармакологія)
Модуль №	3
Тема № 16,21	Ревматична хвороба, клініка, діагностика, сучасне лікування та профілактика. Особливості тактики лікаря-стоматолога у пацієнтів з ревматичними захворюваннями.
Курс	3
Факультет	Стоматологічний

Дніпро 2024

I. Актуальність теми.

Ревматизм (Хвороба Сокольського-Буйо) – системне, запальне захворювання сполучної тканини з переважним ураженням серцево-судинної системи, ураженням інших органів і систем, розвиток якого пов'язаний із інфікуванням β -гемолітичним стрептококком групи А у осіб з факторами ризику, головним чином дітей та підлітків віком від 7 до 15 років.

Сьогодні частота виявлення ревматизму значно зменшилась. В цьому плані ревматизм є прикладом успішного рішення медичної і соціальної проблеми внаслідок доброго вивчення етіологічних факторів, патогенетичних механізмів захворювання, створення виходячи з цього ефективних засобів первинної, вторинної профілактики та комплексної терапії.

З іншого боку, інтенсивне використання антибіотиків, кортикостероїдів в якості запобігання ревматизму змінює вірулентність мікробної флори, спричиняючи розвиток затяжного ревматизму з мінімальним рівнем активності та первинним ураженням серця як домінуючої клінічної форми.

Все вищезазначене ставить вивчення даної теми вкрай актуальним і має не тільки клінічне, але і соціальне значення.

II. Мета навчання: вміти діагностувати гостру ревматичну лихоманку (ГРЛ) і хронічну ревматичну хворобу серця (ХРХС) та їх ускладнення, які загрожують життю пацієнтів, та надавати кваліфіковане лікування вищезазначених станів.

III. Основні

учбові цілі: Вміти:

- визначати попередній клінічний діагноз ГРЛ та ХРХС, що потребує особливої тактики ведення пацієнта,
- оцінювати вплив стоматологічної патології та захворювань зубо- щелепної системи на виникнення і перебіг ГРЛ та ХРХС.
- визначитися у ролі та місці лікаря-стоматолога в профілактиці ГРЛ, ХРХС та їх ускладнень;
- визначати попередній синдромний діагноз ГРЛ, ХРХС, тактику лікаря-стоматолога при ГРЛ та ХРХС.
- надавати первинну лікарську допомогу при ускладненнях ГРЛ та ХРХС.

Знати:

- основні директивні документи МОЗ України щодо стандартів діагностики, лікування та профілактики ГРЛ та ХРХС;
- питання класифікації, клінічної діагностики ГРЛ, ХРХС та їх ускладнень;
- принципи сучасної медикаментозної та немедикаментозної терапії ГРЛ, ХРХС та їх ускладнень;
- роль лікаря-стоматолога в профілактиці ГРЛ, ХРХС та їх ускладнень;
- питання санітарно-просвітницької роботи.

IV. Зміст теми

Гостра ревматична лихоманка (ГРЛ) – гостре запальне захворювання сполучної тканини з переважною локалізацією процесу в серцево-судинній системі, що розвивається у зв'язку з гострою інфекцією, викликану β -гемолітичним стрептококком групи А у схильних осіб, переважно у дітей і підлітків 7-15 років.

Класифікація.

I. Ревматична лихоманка без залучення серця

II. Ревматична лихоманка із залученням серця

III. Ревматична хорея

Діагностичні критерії.

(Т.Д. Джонс, 1944, переглянуті Американською асоціацією кардіологів і

рекомендовані ВООЗ, 1992) :

Великі критерії: кардит, поліартрит, мала хорея, кільцеподібна еритема, підшкірні ревматичні вузлики

Малі критерії:

а) клінічні: попередній ревматизм або ревматична хвороба серця, артралгії, лихоманка.

б) параклінічні: показники гострої фази запалення, швидкість зсідання еритроцитів; С-реактивний білок, лейкоцитоз; подовження інтервалу Р-Р на ЕКГ;

Дані, що підтверджують стрептококову інфекцію: підвищення титрів антистрептококових антитіл, висів із зівя стрептококів групи А, нещодавно перенесена скарлатина.

Наявність 2 великих критеріїв і ознак перенесеної стрептокової інфекції або 1 великого, 2 малих і ознак попередньої стрептокової інфекції дозволяє поставити діагноз ревматичної лихоманки.

Лікування.

1-й етап – стаціонар.

Усім пацієнтам із гострою ревматичною лихоманкою показана госпіталізація із виконанням постільного режиму протягом перших 2-3 тижнів захворювання з подальшим поступовим розширенням рухового режиму, призначення дієти, що містить достатню кількість повноцінних білків із обмеженням прийому хлориду натрію, рідини, збільшенням вмісту калію, магнію та вітамінів в раціоні.

Етіотропна терапія здійснюється бензилпеніциліном у добовій дозі 1500000 – 4000000 ОД у дітей старшого віку і підлітків і 600000- 1000000 ОД у дітей молодшого віку впродовж 10 – 14 діб із наступним переходом на використання дюрантних форм препаратів – біциліну-5 або бензатин бензилпеніциліну. Біцилін -5 призначається в дозах 1500000 ОД для підлітків і 400000 – 600000 ОД для дітей 1 раз на 2 тижні, а бензатин бензилпеніцилін 600000 – 800000 ОД дітям і 1500000 – 2400000 ОД підліткам внутрішньом'язово кожні 2 тижні. У випадках алергічних реакцій на препарати пеніциліну показано призначення макролідів.

Патогенетичне лікування – нестероїдні протизапальні препарати (ацетилсаліцилова кислота, індометацин, диклофенак натрію, німесулід та ін.). Ацетилсаліцилова кислота (аспірин) призначається у середніх дозах (для дітей до 12 років 0,2 г/ кг/ добу, не більше 1-2 г в 3-4 прийоми, підліткам – до 3-4 г на добу). При тяжкому кардиті - преднізолон 1-2 мг/кг/добу в 3 приймання 2-4 тижня з поступовою його відміною та послідовним переходом на аспірин.

При наявності симптомів недостатності кровообігу – відповідна терапія. При лікуванні хорей – спокій, тишина, за показаннями фенобарбітал, препарати брома, інші засоби за призначенням дитячого невролога.

2-й етап курації хворого передбачає направлення в спеціалізований ревматологічний санаторій або в поліклініку для продовження лікування, що розпочато у стаціонарі.

3-й етап - здійснюється диспансерне спостереження та проводяться профілактичні заходи.

Вторинна профілактика – попередження рецидивів і прогресування захворювання із формуванням нових пороків – здійснюється в умовах диспансерного нагляду шляхом регулярного введення пролонгованих пеніцилінів - біциліну-5 або бензатин бензилпеніциліну. Якщо у хворого є алергія на пеніциліни, вторинна профілактика здійснюється макролідами циклами по 10 днів кожного місяця.

Дітям, що перенесли ревматизм без кардиту, вторинна профілактика проводиться до 18-річного віку, при наявності кардита – до 25 років та більше. При сформованій ваді серця – вторинна профілактика ревматизма проводиться пожиттєво.

Вадю серця називають таке органічне ураження клапанів серця, його перегородок, великих судин та міокарда, яке призводить до порушення функції серця,

застою крові в венах, тканинах і органах, збіднення кров'ю артеріального русла. Розрізняють прості, комбіновані та поєднані вади серця.

Всі хворі з вадами серця підлягають направленню на хірургічне лікування у відповідні спеціалізовані заклади. У випадках неможливості або перенесенні хірургічного лікування такі хворі підлягають амбулаторному обстеженню та лікуванню за місцем проживання. Обстеження може проводитись в районних поліклініках, а при необхідності додаткових обстежень за допомогою міських кардіологічних диспансерів та діагностичних центрів. У випадках прогресування СН хворі направляються в кардіологічні стаціонари за місцем проживання. Амбулаторний контроль та стаціонарне лікування проводиться до проведення хірургічного лікування, або при неможливості останнього.

Діагностика.

Обов'язкові дослідження: збір скарг та анамнезу, клінічний огляд, вимірювання АТ, лабораторне обстеження (загальні аналізи крові та сечі, АЛТ, АСТ, білірубін, креатинін, холестерин, глюкоза крові, калій, натрій, СРП; титри АСЛО, АГ, РФ), ЕКГ в 12 відведеннях, ЕхоКГ, Допплер-дослідження, Рентгенографія ОГК. *Додаткові дослідження:* катетеризація серця та/або коронаровентрикулографія, добовий моніторинг ЕКГ.

Лікування.

Обов'язкове - оперативне лікування вади серця; пеніциліно-профілактика впродовж року, лікування СН в залежності від типу (сistolічна або діастолічна), антикоагулянти – у пацієнтів з постійною формою фібриляції передсердь, тромбоемболічними ускладненнями в анамнезі, з мітральним стенозом та протезованими клапанами серця. Обов'язковий контроль міжнародного нормалізованого співвідношення (МНО).

При неможливості визначення МНО – визначення протромбінового індексу. Хворі потребують постійного диспансерного нагляду з обстеженням не менш як 1-2 рази на рік. При наявності СН підлягають диспансерному огляду не менш, ніж 1 раз на 2 місяці, або частіше, якщо така необхідність визначається клінічною ситуацією.

Вимоги до дієтичних призначень і обмежень.

При зайвій вазі обмежується енергетична цінність їжі. Відмова від тютюнопаління, обмеження вживання алкоголю. При наявності СН - обмеження добового споживання хлориду натрію: менш 3 г на добу при доклінічній та помірній ХСН (не вживати солоні продукти, не підсолювати їжу під час споживання, менш 1,5 г на добу при значній ХСН (III-IVФК) Рекомендується дієта збагачена ω-3 поліненасиченими жирними кислотами.

Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації.

При наявності СН рекомендовано обмеження фізичних навантажень згідно ступеню ХСН. Регулярна фізична активність (повільне ходіння, фізичні вправи невеликої інтенсивності) відповідно до функціональних можливостей пацієнта ("комфортний", але регулярний руховий режим). Не рекомендується переохолодження та робота вночі.

Зміни ротової порожнини ревматичній хворобі.

Перебіг ГРЛ та ХРХС може ускладнюватись порушенням кровообігу (II, III стадія за М.Д. Стражеско та В.Х. Василенко). В цьому випадку, в ротовій порожнині визначають гіперемію слизової оболонки, або різного ступеня виразності цианоз, захворювання пародонту, розвиток виразок, що довго не заживляються, кровотечі. Це пов'язано з порушеннями мікроциркуляції крові та гіпоксією тканин ротової порожнини.

У хворих з'являється відчуття печіння, тиску, розпирання слизової оболонки ротової порожнини, невралгічний зубний біль. Розвиваються гінгівостоматити, дезквамативний глосит, кандидамікоз слизової оболонки ротової порожнини, ішемічний некроз із секвестрацією кісткових структур.

В більш легких випадках відмічають загострення хронічних стоматитів із перманентним характером їх перебігу, особливо у осіб з несанованою ротовою порожниною та хронічним тонзилітом.

В стадії декомпенсації кровообігу слизова оболонка рота бліда з ціанотичним відтінком на ділянці піднебінних дужок і десневого краю. Значний ціаноз губ і найближчих ділянок шкіри. Слизова оболонка щік, язика набрякла, м'які тканини пастозні. З'являються виразки, особливо, в ділянках підвищеної травматизації (патологічний прикус, протези, навислі края пломб). Виразки можуть бути заповнені некротичним детритом, виявляється різкий гнилісний запах з роту. Слизова оболонка навкруги виразок без реактивних запальних змін.

Ознаками серцево-судинної недостатності є також зміни епітелію язика. По спинці язика видно десквамація нитковидних сосочків. Вони стають згладженими й блискучими («полірований язик»). Ці зміни язика можуть бути причиною печіння язика й звернень хворого до стоматолога.

Лікар-стоматолога на своєму робочому місці повинен пам'ятати вищезазначені особливості виникнення і перебігу ГРЛ та ХРХС задля запобігання тяжким ускладненням, а також своєчасного надання невідкладної допомоги.

V. Матеріали для самопідготовки

A. Питання, що підлягають самостійному вивченню:

1. Фактори ризику ГРЛ та ХРХС.
2. Клінічна і лабораторна діагностика ГРЛ та ХРХС.
Методи виявлення ГРЛ, ХРХС у населення.
3. Обов'язкова програма обстеження хворого на ГРЛ, ХРХС.
4. Класифікація ГРЛ, ХРХС. Етіологія та патогенез, клінічні прояви ГРЛ, ХРХС.
5. Принципи лікування ГРЛ, ХРХС. Основні групи препаратів.
Ускладнення ГРЛ, ХРХС.
6. Профілактика ГРЛ, ХРХС.
7. Особливості змін ротової порожнини та зубів при ГРЛ, ХРХС.

Б. Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

Завдання 1. Вкажіть ознаку, що не відноситься до великих критеріїв ревматизму згідно Кіселя-Нестора-Джонса?:

- A. Кардит
- B. Хорея
- C. Кільцеподібна еритема
- D. Підшкірні ревматичні вузлики
- E. Лихоманка

Завдання 2. Для ревматичного поліартриту характерні всі перераховані ознаки, окрім:

- A. Множинність
- B. Симетричність
- C. Летючість
- A. Формування деформацій суглобів аж до анкілозів
- B. Е. Найчастіше ураження великих та середніх суглобів

Завдання 3. До основних ознак розвитку малої хореї відносять всі, окрім:

- A. Гіперкінези, що зникають вночі
- B. М'язова гіпотонія
- C. Порушення координації рухів
- D. Емоційна нестійкість

Е. Гіперкінези, що зберігаються постійно

В. Вирішіть декілька завдань-моделей, використовуючи діагностичні і лікувальні алгоритми авдання 1.

Хворий М, 15 років звернувся до лікаря зі скаргами на наявність кволості, гіперкінезів, субфебрилітету. Захворів гостро, після переохолодження і перенесеної 2 тижні тому ангіни. В анамнезі хронічний тонзиліт. Пацієнт не стійкий в позі Ромберга, позитивний симптом «дряблх плечів». При дослідженні крові Лейкоцитоз 11,2, прискорення швидкості зсідання еритроцитів до 40 мм/год, СРБ +++ , АСЛ-0 500 AS.

1. Ваш попередній діагноз?
2. Які ознаки вказують на основне захворювання?
3. Визначте ступінь активності процесу?

Завдання 2.

Пацієнт 17 років, хворіє на ревматизм з 15 років. Цілорічно отримує біцилінопрофілактику останні 2 роки. Загострень та рецидивів захворювання не реєструвалось. При огляді загальний стан задовільний, шкіра чиста, суглоби не змінені. Неврологічної симптоматики не виявлено. Над всією поверхнею легень вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Межі серця в рамках вікової норми. Діяльність серця – дихальна аритмія, систолічний шум на верхівці функціонального генезу. Живіт м'який, не болючий, печінка селезінка не збільшені. В лабораторних методах дослідження – вікова норма. ЕКГ – вертикальна вісь серця, порушення процесів реполяризації.

1. Назвіть фазу процесу.
2. Чи є доцільним подальше проведення біцилінопрофілактики?

VI. Матеріали для позааудиторної роботи (НДРС)

Реферат за темою: «Тактика лікаря-стоматолога у хворих на ревматизм. Зміни ротової порожнини у хворих на ревматизм».

VII. Контроль знань – оцінюється в процесі опитування, при рішенні тестів, ситуаційних завдань, при заключному тестуванні.

VIII. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Березов В.М. та співав. Внутрішні хвороби / В.М. Березов, В.М. Васильєв, Є.І. Дзись та ін. [та співав.] // Під редакцією проф. М.С. Расіна. – Полтава: ЧФ «Форміка». - 2012 . - 361с.
2. Класифікації терапевтичних захворювань : навч. посіб. для студ. вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації, інтернів і лікарів-терапевтів/ [В. Д. Сиволап, В. Х. Каленський, Н. С. Михайловська та ін.]. – Запоріжжя, 2006. – 204 с. (Рекомендовано Центральним методичним кабінетом з вищої освіти МОЗ України).
3. Клінічна імунологія та алергологія: підручник/ [Г.М.Дранік,О.С. Прилуцький, Ю. І. Бажора та ін.]; за ред. Г. М. Драніка. – К. : Здоров'я, 2006. – 888 с.