Крагандиский Государственный Медицинский Университет

Кафедра Детских Болезней

Реферат

Тема: Профилактика ОРЛ и диспансерное наблюдение

Выполнил: Асан Е.А.

Проверила:Дана Есимовна

Караганда 2015г.

1. Профилактика ОРЛ

Согласно рекомендациям Комитета экспертов ВОЗ профилактика ревматизма подразделяется на первичную (профилактика первичной заболеваемости) и вторичную (профилактика повторных случаев болезни).

.1 Первичная профилактика

Цель первичной профилактики - организация комплекса индивидуальных, общественных и общегосударственных мер, направленных на ликвидацию первичной заболеваемости ОРЛ. Она включает в себя:

· закаливание организма, организацию здорового быта;

· своевременную и адекватную антимикробную терапию острых и хронических рецидивирующих заболеваний верхних дыхательных путей (ангин и фарингитов), вызванных стрептококком группы А.

Лечение острой стрептококковой инфекции проводят препаратами пенициллинового ряда, цефалоспоринами, макролидами по следующим схемам.

Антимикробная терапия острого БГСА-тонзиллита.

) ЛС первого выбора (схемы лечения):

· Взрослым в/м однократно: Бензатин бензилпенициллин 2,4 млн. ЕД /сут в/м.

· Взрослым в/м 10 сут: Амоксициллин 1,5 г/сут в 3 приема в течение 10 дней; или Феноксиметилпенициллин 1,5 г/сут в 3 приема; Цефадроксил 1 г/сут в 2 приема.

· Детям в/м 1 сут. Бензатин бензилпенициллин 0,375 г/ сут в 2 приема (<25 кг) или 750 мг/су в 2 приема (>25 кг).

· Детям в/м 10 сут: Амоксициллин 0,375 г/сут в 3 приема (<25 кг); феноксиметилпенициллин (учитывая наличие лекарственной формы в виде суспензии, рекомендуется преимущественно для лечения детей) 750 мг/сут в 3 приема (>25 кг); цефадроксил 600 тыс. ЕД/сут (<25 кг) 30 мг/кг в 1 прием или 1,2 млн. ЕД/сут (>25 кг) 30 мг/кг в 1 прием.

Бензатин бензилпенициллин целесообразно назначать при:

· возможной неисполнительности пациента в отношении внутреннего приема антибиотиков;

· наличии ОРЛ в анамнезе у больного или ближайших родственников; неблагоприятных социально-бытовых условиях;

· вспышках БСГА-инфекции в детских дошкольных учреждениях, школах, интернатах, училищах, воинских частях и т.п.

2) При непереносимости бета-лактамных антибиотиков (схемы лечения):

· Взрослым внутрь 6 сут: азитромицин 0,5 г/сут в 1-е сут, затем по 0,25 г/сут.

· Взрослым внутрь 10 сут: мидекамицин 1,2 г/сут в 3 приема; рокситромицин 0,3 г/сут в 2 приема; эритромицин (характерно наиболее частое, по сравнению с другими макролидами, развитие побочных реакций, особенно со стороны ЖКТ) 1,5 г/сут в 3 приема.

· Взрослым в/м 10 сут: кларитромицин 0,5 г/сут в 2 приема; пирамицин 6 млн. ЕД/сут в 2 приема.

· Детям внутрь 5 сут: азитромицин 12 мг/кг в 1 прием.

· Детям внутрь 10 сут: мидекамицин 50 мг/кг в 2 приема; рокситромицин 5 мг/кг в 2 приема; эритромицин 40 мг/ кг/сут в 3 приема

· Детям в/м 10 сут: кларитромицин 15 мг/кг в 2 приема; спирамицин 3 млн. ЕД/сут в 2 приема

) При непереносимости макролидов и беталактамных антибиотиков (схемы лечения):

· Взрослым в/м 10 сут: клиндамицин 0,6 г/сут в 4 приема; линкомицин 1,5 г/сут в 3 приема.

· Детям в/м 10 сут: клиндамицин 20 мг/кг/сут в/м в 3 приема; линкомицин 30 мг/кг/сут в/м в 3 приема.

Антимикробная терапия рецидивирующего БГСА-тонзиллита:

· Взрослым внутрь 10 сут: амоксициллин/клавуланат 1,875 г/сут в 3 приема; клиндамицин 0,6 г/сут в 4 приема; линкомицин 1,5 г/сут в 3 приема; цефуроксим/аксетил 0,5 г/сут в 2 приема.

· Детям внутрь 10 сут: амоксициллин/клавуланат 40 мг/кг в 3 приема; клиндамицин 20 мг/ цефуроксим/ аксетил кг/сут в 3 приема; линкомицин 30 мг/кг/сут в 3 приема; 20 мг/кг/сут в 2 приема.

.2 Вторичная профилактика

Вторичная профилактика направлена на предупреждение рецидивов у лиц, уже перенесших острую ревматическую лихорадку, и предусматривает регулярное введение им препарата бензилпенициллина пролонгированного действия.

В качестве такого препарата используется N-дибензилэтилендиаминовая соль пенициллина. В России он выпускается в виде бициллина-1 и бициллина-5, а в других странах известен под названиями: экстенциллин (Франция), ретарпен (Австрия), пендепон (Чехия), бензатин бензилпенициллин (США) и др.

Вторичная профилактика ревматизма в нашей стране проводится в соответствии с методическими рекомендациями, разработанными в Институте ревматологии АМН (2003).

Бензатин бензилпенициллин (экстенциллин, ретарпен) вводят в следующих дозах:

· Взрослым и подросткам: бензатин бензилпенициллин, 2,4 млн. ЕД в/м один раз в 3 неделю.

· Детям при массе тела > 25 кг: бензатин бензилпенициллин, 1,2 млн ЕД в/м один раз в 3 неделю.

· Детям при массе тела < 25 кг: бензатин бензилпенициллин, 600 000 ЕД в/м один раз в 3 неделю.

Длительность вторичной профилактики (которую следует начинать еще в стационаре) для каждого пациента устанавливается индивидуально и зависит от клинических особенностей течения ОРЛ и возраста пациента. Как правило, она составляет:

· не менее 5 лет - для больных, перенесших ОРЛ без кардита (артрит, хорея) (прекращаться у подростков не ранее, чем по достижении пациентом 18 лет);

· более 5 лет (или пожизненно) - для больных, перенесших первичную или повторную атаку ОРЛ с поражением сердца (особенно при наличии признаков формирующегося или сформированного его порока) (у молодых пациентов по крайней мере до 25 летнего возраста);

· больным с клапанным пороком сердца и тем, кому выполнялась хирургическая коррекция порока сердца, эксперты ВОЗ рекомендуют проводить вторичную профилактику ОРЛ в течение всей жизни.

Сроки бициллинопрофилактики обусловлены тем, что 75% повторных ОРЛ возникают в первые 3 года и 92% - в первые 5 лет от начала заболевания. В более отдаленные сроки риск возникновения нового эпизода ОРЛ невелик.

Бициллинопрофилактика должна проводиться круглогодично, без перерывов. Сезонная бициллинопрофилактика (в весенне-осенний период) не позволяет предотвратить рецидивы ОРЛ в промежутках между курсами профилактической терапии. Эффективность сезонной бициллинопрофилактики в 10 раз ниже, чем круглогодичной.

Наиболее эффективной лекарственной формой бензатин бензилпенициллина является экстенциллин. Исследования, проведенные в Институте ревматологии РАМН и Государственном научном центре по антибиотикам, показали, что этот препарат обладает явными фармакокинетическими преимуществами в сравнении с бициллином-5 по основному параметру - длительности поддержания адекватной противострептококковой концентрации бензилпенициллина в сыворотке крови пациентов.

Из отечественных препаратов рекомендуется бициллин-1, который назначается в вышеуказанных дозах 1 раз в 7 дней.

В настоящее время препарат бициллин-5 (смесь 1,2 млн. ЕД бензатин бензилпенициллина и 300 тыс. ЕД новокаиновой соли бензилпенициллина) рассматривается как несоответствующий фармакокинетическим требованиям, предъявляемым к превентивным препаратам, и не является приемлемым для проведения полноценной вторичной профилактики ОРЛ.

Рекомендации ВОЗ по вторичной профилактике ревматизма имеют некоторые отличия. Эксперты ВОЗ выделяют два вида вторичной профилактики ревматизма: внутримышечную и пероральную. Первая проводится с помощью бициллина по 1 200 000 ЕД взрослым и детям с массой тела более 30 кг, а детям с массой тела менее 30 кг - по 600 000 ЕД один раз в 3 недели. Пероральная профилактика ревматизма проводится феноксиметилпенициллином по 250 мг 2 раза в сутки. При непереносимости пенициллина рекомендуется профилактический прием эритромицина по 250 мг 2 раза в сутки.

##### .3 Текущая профилактика ОРЛ

В условиях вторичной профилактики обязательным является проведение текущей профилактики ОРЛ. В соответствии с данными экспертов Американской кардиологической ассоциации, все больные с РПС входят в категорию умеренного риска развития инфекционного эндокардита. Этим пациентам при интеркуррентных инфекционных заболеваниях, малых операциях (экстракция зуба, аборт, тонзиллэктомия, аденотомия), выполнении различных медицинских манипуляций, сопровождающихся бактериемией (операции на желчных путях или кишечнике, вмешательства на предстательной железе и т.д.) необходимо профилактическое назначение антибиотиков в течение 10 дней, имеющую цель не только предотвращение рецидива ОРЛ, но предотвращение развития инфекционного эндокардита.

) При манипуляциях на полости рта, пищеводе, дыхательных путях (стандартная схема).

Перорально:

· Взрослым внутрь за 1 час до процедуры: амоксициллин 2 г;

· Детям до 12 лет внутрь за 1 час до процедуры: амоксициллин 950 мг/кг.

При невозможности внутреннего приема:

· Взрослым в/в или в/м за 30 мин. до процедуры: ампициллин 2 г;

· Детям до 12 лет в/в или в/м за 30мин. до процедуры: ампициллин 50мг/кг

При малых операциях пероральный прием антибиотиков может быть заменен парентеральным введением бензилпенициллина в течение 5 дней с последующим введением бициллина-1 или бициллина-5 в стандартных дозах.

При аллергии к пенициллину

· Взрослым внутрь за 1 час до процедуры: азитромицин 500 мг; кларитромицин 500 мг; клиндамицин 600мг; цефадроксил 2г; цефалексин 2 г;

· Детям до 12 лет внутрь за 1 час до процедуры: азитромицин 15 мг/кг; кларитромицин 15 мг/кг; клиндамицин 20 мг/кг; цефадроксил 50 мг/кг; цефалексин 50 мг/кг.

При аллергии к пенициллинам и невозможности внутреннего приема

· Взрослым за 30 мин. до процедуры: клиндамицин в/в 600 мг; цефазолин в/м или в/в 1 г;

· Детям до 12 лет за 30 мин. до процедуры: клиндамицин в/в 20 мг/кг; цефазолин в/м или в/в 25 мг/кг.

) При манипуляциях на желудочно-кишечном и урогенитальном трактах (стандартная схема):

· Взрослым: амоксициллин 2 г внутрь за 1 час до процедуры; ампициллин 2 г в/м или в/в, введение закончить за 30 мин. до процедуры;

· Детям до 12 лет: амоксициллин 50 мг/кг внутрь за 1 час до процедуры; ампициллин 50 мг/кг в/м или в/в, введение закончить за 30 мин. до процедуры.

При аллергии к пенициллинам

· Взрослым в/в в течение 1-2 часов, введение закончить за 30 мин. до процедуры: ванкомицин 1 г

· Детям до 12 лет в/в в течение 1-2 часов, введение закончить за 30 мин. до процедур: ванкомицин 20 мг/кг.

Особенности бициллинопрофилактики у беременных.

При беременности у женщин, перенесших ОРЛ, бициллинопрофилактика не отменяется. Но если к моменту беременности бициллинопрофилактика была уже прекращена, то ее возобновление при необходимости возможно с 10-12-недельного срока беременности.

ревматический лихорадка тонзиллит антибиотик

2. Диспансерное наблюдение

После окончания стационарного и санаторного лечения больной ОРЛ поступает под наблюдение детского кардиоревматолога. На всех больных заводят контрольную карту диспансерного наблюдения (учетная форма № 30). Необходимо подчеркнуть, что ребенка, перенесшего атаку ОРЛ, не зависимо от характера самой атаки, наблюдают постоянно до достижения им подросткового возраста и перевода во взрослую поликлинику. Особо важное значение в профилактике повторных атак ОРЛ придают правильно проводимой вторичной профилактике ОРЛ. Согласно инструкции Минздрава СССР от 19.02.81 г. по профилактике ОРЛ и его рецидивов у детей и взрослых, бициллиномедикаментозной профилактике подлежат все больные независимо от возраста и наличия или отсутствия порока сердца, перенесшие достоверный ревматический процесс.

Больным, перенесшим первичный ОРЛ без признаков клапанного поражения сердца или хорею без явных сердечных изменений с острым и подострым течением с тщательно санированными очагами хронической инфекции или при их отсутствии, должны проводить круглогодичную бициллиномедикаментозную профилактику продолжительностью 3 года. Детям, перенесшим первичный ревмокардит с клапанными поражениями, хорею с затяжно-вялым и непрерывно рецидивирующим течением, а также всем больным с возвратным ревмокардитом с пороком или без порока сердца и с очагами хронической инфекции, профилактику проводят в течение 5 лет.

В настоящее время единственно правильным методом вторичной профилактики ОРЛ можно считать круглогодичную бициллиномедикаментозную профилактику (сезонная профилактика, используемая ранее, приме няться не должна). Круглогодичную профилактику осуществляют с помощью бициллина-1 или бициллина-5 (оба препарата обладают примерно равной эффективностью). Бициллин-1 вводят внутримышечно детям дошкольного возраста в дозе 600 000 ЕД один раз в две недели, детям школьного возраста - в дозе 1 200 000 ЕД один раз в месяц. Бициллин-5 применяют у дошкольников в дозе 750 000 ЕД, у школьников - 1 500 000 ЕД, кратность введения та же, что и бициллина-1.

В связи с тем, что при введении Бициллина-5 только у 20% детей к 21-му дню сохраняется достаточная терапевтическая концентрация антибиотика, в настоящее время предпочтительнее использовать другие дюрантные препараты пенициллина, например, бензатинпенициллин (Экстенциллин) в дозе для дошкольников 1,2 млн ЕД, школьников 2,4 млн ЕД ежемесячно. В период возникновения ангин, обострений хронического тонзиллита, фарингита, синусита, повторных острых респираторных заболеваний всем

Ревматические болезни 103 больным ОРЛ, несмотря на получаемую профилактику, назначают 10-дневное лечение антибиотиками в сочетании с противовоспалительными средствами - так называемая текущая профилактика ОРЛ по методике, описанной в разделе «первичная профилактика». Индивидуальная непереносимость препаратов пенициллина является абсолютным противопоказанием к назначению инъекций бициллина и, по сути дела, единственным противопоказанием для проведения вторичной профилактики ОРЛ.

У таких больных ограничиваются текущей профилактикой с использованием вместо пенициллина другой антибактериальной терапии. В плане профилактических мероприятий важным является санация очагов хронической инфекции, причем у больных, перенесших ОРЛ, предпочтительнее применять радикальные методы санации. Кроме того, для профилактики используют санаторные, климатические факторы, занятия физкультурой (при отсутствии противопоказаний), рациональное питание. Профилактические меры резко снижают заболеваемость и рецидивирование ОРЛ.

Литература

1. Шабалов Н.П. Детские Болезни том-2

2. К вопросу о «непрерывно-рецидивирующем» ревмакардите / В.Н. Анохин, М.Н. Стулова, И.Н. Прохорова и др. // Ревматология. 1985. -№ 2. - С. 3-8.

3. Клиническая ревматология. Руководство для практикующих врачей. Под ред. В.И. Мазурова. Санкт-Петербург: Фолиат,2001. - 415 с.

. Кузнецова С.М., Петрова Н.К. Антибиотикопрофилактика ревматизма // Клин. ревматология. 1996. - № 2. - С. 28-34.