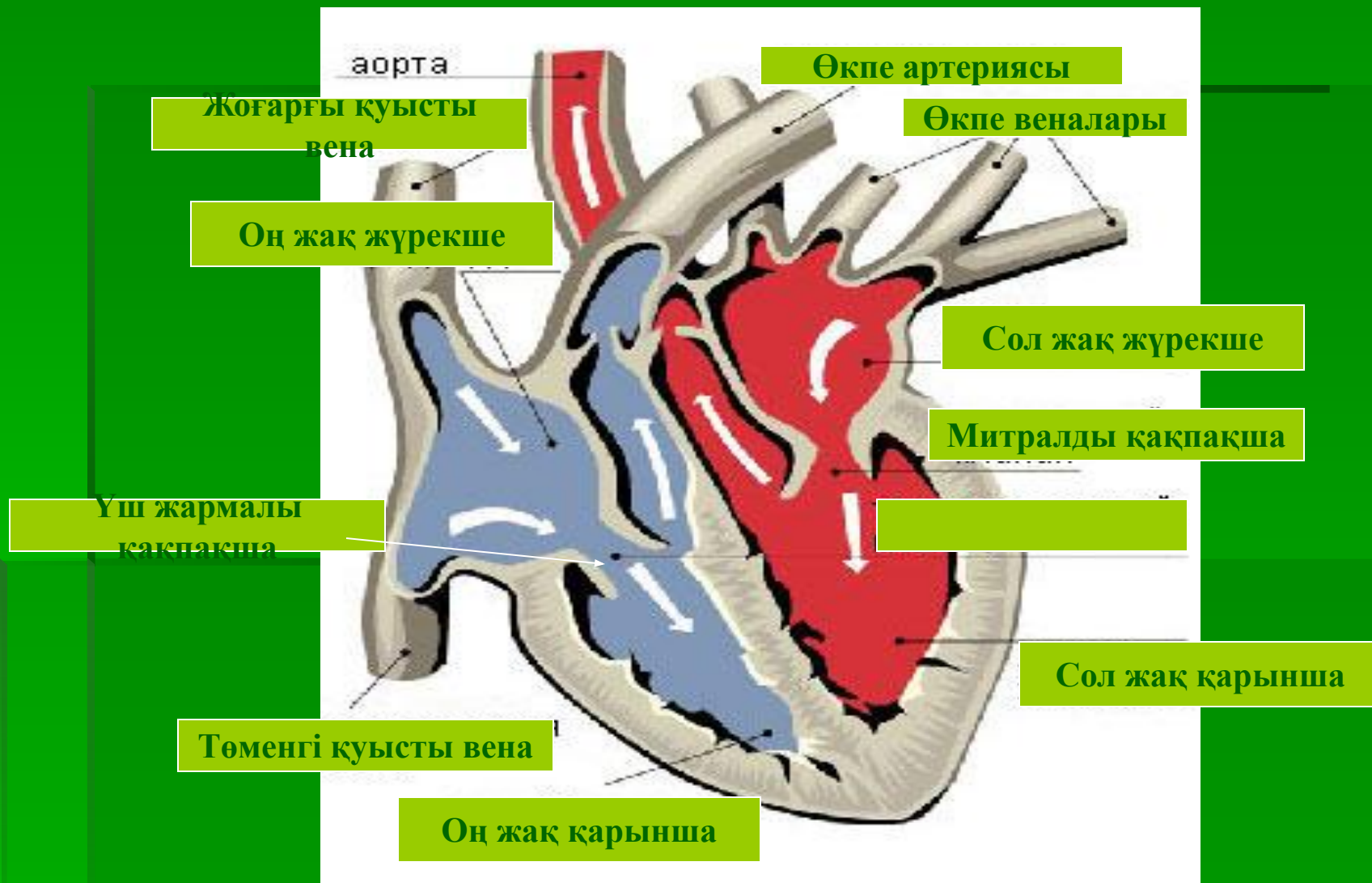


Жедел ревматизм қызбасы



Жүрек қақпақшалары зақымдану жиілігі



Аорта қақпақшасы 27 пайыз

Митралды қақпақша 54 пайыз

Үш жармалы
қақпақша

Өкпе артериясының қақпақшасы



Макропрепарат:
Ревматизмдік
ақау кезіндегі
митралды
қақпақ:
қақпақ
жармалары
деформацияланғ
ан және
кальцинаттар
анықталады.

Ревматизм (ревматизмдік қызба) — осы ауруға бейім адамдарда, көбіне жасөспірімдер мен балаларда А топты В гемолиздеуші стрептококктың әсерінен дамидын және жүрек-тамыр жүйесін басым зақымдайтын дәнекерліктің жүйелі инфекциялық-аллергиялық ауруы.

Ревматизм көбіне балалық және жасөспірім шақта, шамамен 7-15 жас аралығында басталады.

Этиологиясы

- Ревматизмнің дамуы және оның рецидивтері А топты бетта-гемолиздеуші стрептококтық инфекцияға тығыз байланысты. Стрептококтық инфекцияның бар екендігін дәлелдейтін жағдайлар:
- мұрын-көмекейдің стрептококтық инфекциясынан (баспа, фарингит, созылмалы тонзиллит, мойынның стрептококтық лимфадениті, қызамық) 10-30 күннен кейін ревматизмнің басталуы;
- ревматизммен ауыратын адамдардың көмейінен стрептококтың табылуы, қанында стрептококтық антигендердің болуы және стрептококтық антиденелер (АСЛ-О, АСТ, АСК, АСЛ-3) титрінің жоғары болуы;

Этиологиясы

- осы аурудың, адамның стрептококктық инфекцияға ең жиі шалдығатын кезінде (7-15 жас аралығында) басталуы;
- стрептококқа карсы уақытымен жасалған емнің ревматизм дамуын азайтуы.
- Стрептококк организмге мұрын, көмекейден еніп, ревматизмнің алғашқы шабуылы және оның барлық рецидивтері стрептококктың қатысуымен жүреді. Бірақ стрептококктық инфекциямен ауырғандардың барлығы ревматизммен ауырмайды, олардың ішінде 0,3-3% ғана сырқаттанады.

Патогенезі.

- Стрептококктардың тіршілігінен және ыдырауынан, ревматизмнің дамуында маңызды, антигендік заттар, ферменттер бөлінеді, олар:
- гиалурон қышқылы;
- М, Т, Р, А, С, J -протеиндер;
- стрептококктың анатомиялық қаңқасы болып табылатын – мукопептидтер;

Патогенезі.

- ферменттер: О және S стрептолизиндер, стрептокиназа, стрептогиалуронидаза, дезоксирибонуклеаза. Стрептолизин О кардиотоксикалық әсер етеді, ал стрептолизин S экспериментте артриттің дамуына алып келетіндігі дәлелденген;

Ревматизм патогенезінің мына тізбектерін айырады:

- стрептококк уларының тінге тікелей әсер етуі;
- стрептококк антигендеріне аллергиялық реакцияның дамуы;
- антистрептококктық антиденелердің аутоантигендермен, өсіресе жүректің антигендерімен айкаспалы иммундық реакцияны түзуі; ,
- аутоиммундық реакцияның қалыптасуы.
- Аталған патологиялық тізбектердің нәтижесінен бөлінетін медиаторлар (гистамин, серотонин, брадикинин т.б.) және иммундық қабынудан дөнекер тіні зақымданады. Оның зақымдануы сатылы жүреді.

Патоморфологиясы.

Ревматизмдік қабынудың "шабуылы" ұсақ тамырлардың қабырғасынан басталады.

Ревматизмдік процесс ең алдымен эндотелийді зақымдап, сосын тамыр қыртсының барлық қабаттарын қамтып, әрі қарай тамырлардың маңындағы тінге тереңдейді.

Дәнекер тіннің морфологиялық бұзылысы сатылы дамиды.

- Мукоидтық ісіну.
- Фибриноидтық некроз сатысы.
- Жасушалық реакция мен гранулематоз сатысы.
- Тыртықтану-склероз сатысы.

Жіктемесі.

- МКБ X
- 100 – Жүректің қамтылуынсыз ревматизмдік қызба;
- 101 – Жүректің қамтылуымен ревматизмдік қызба;
- 102 – Ревматизмдік хорей.

Ревматизмдік қызбаның жіктемесі (АРР, 2003 ж.)

Кл. түрлері	Клиникалық көріністері		Нәтижесі	ҚЖ
	Негізгі	Қосымшы.		
☐ Жедел ☐ Жеделдеу	☐ Кардит ☐ Артрит ☐ Хорея ☐ Сақина тәрізді эритема	☐ Қызба ☐ Артралгиялар ☐ Абдом. с-ом ☐ Серозиттер	Сауығу ☐ Жүрек ақауы жоқ ☐ ЖРА	I II III IV
			☐ Жүрек ақауы бар ЖРА	

**(Ассоциация ревматологов России,
2001 г.)**

Клиникалық синдромдары		Активтілік дәрежесі	Ағым ы	Нәтижесі (активсіз фаза)	ҚЖ
Негізгі	Қосымша				
Ревмокардит	Сақина тәрізді	3	Жедел	•Жүрек	0
біріншілікті	эритема	2	созылы	ақауынсыз	I
Ревмокардит	Ревматиз түйіндері	1	ңқы	•Жүрек	IIa
қайталамалы	Артралгия		Латент	ақауымен	IIб
•Жүрек ақауынсыз	Абдоминалды		ті		III
•Жүрек ақауымен	синдром және				
•Артрит	серозиттер				
•Хорея	Стрептококктық				
•Алғаш анықталған	инфекция				
жүректің					
ревматизмдік ақауы					

Клиникасы

- 1. Латентті, "үнсіз", бүркемелі кезең (стрептококты инфекциядан 2-4 аптадан кейін, орта есеппен 18,6 күнге созылады). Бұл кезде организмде стрептококтық антигендерге сенсбилизация процесі қалыптасады.
- 2 Біріншілік ревматизмнің гиперергиялық реакциялар кезеңі - ревматизмнің алғашқы шабуылы. Бұл кезде (полиартрит, бпіншілік кардит, ревматизмге тән иммундық бұзылыстар дамиды).
- 3.Ревматизмнің қайталамалы өршулерінің кезеңі. Дерттің қайталап өршуінен жүрек ақауы, шамасыздығы және организмде аутоиммундық, дистрофиялық процестер қалыптасады.

Ревматизмнің басты белгісі -кардит.

- Ревматизмде жүрек-тамыр жүйесі зақымдануын екі топқа бөледі: жүректік және жүректен тыс.
- Жүректен тыс белгілер көбіне ревматизмнің алғашқы шабуылында (балалық кездегі) жиі және айқын түрде білінеді.
- Ересек жастағы науқастарда басым кездесетіні — жүректің зақымдану белгілері.
- Ревмокардитте көбіне миокардтың бір өзі немесе 80-100% миокард пен эндокард бірге, ал 5-15% панкардит түрінде зақымданады.

Ревматизмнің басты белгісі -кардит.

- Диффузды миокардиттің көрінісі: жүрек шамасыздығы (ентікпе, цианоз, жүректік астма, ісіну, бауырдың ұлғаюы, асцит), жүрек аймағының ауырсынуы; жүрек шектерінің кеңеюі (кардиомегалия); перикардит дамуы;
- Ошақты миокардитте жүрек тұсының ауырсынуы, жүректің шалыс соғуы, жүрек тондарының әлсіреуі және нәзік систолалық шу естілуі мүмкін, бірақ жүрек кеңімейді және жүрек шамасыздығы болмайды.

- Сүйелді эндокардитте қақпақтардың бетінде сүйелді өсінділер пайда болады, көбіне қақпақтың шеттері склерозға ұшырайды, бірақ тромбоэмболиялық асқынулардың даму қаупі бар.
- Ревматизмдік ақаулардың 1/3 бірінші шабуылындағы диффузды вальвулиттің, ал қалған 2/3 қайталамалы ревмокардиттің салдарынан пайда болады.

- Ревматизмде ең бірінші зақымданатын митральді қақпақ. Жармалардың бүрісіп қысқаруы аддымен митральды шамасыздыққа әкеледі. Шабуылдан 1-2 жылдан кейін митральді шамасыздыққа стеноздың біртіндеп баяу дамыған көріністері қосылады.
- Митральді стеноз дамығаннан кейін қолқа шамасыздығы мен стенозы қалыптасады. Ревматизмнің жүректен тыс зақымдануының белгілері.

Жүректен тыс белгілердің ең жиі байқалатындары: полиартрит және полиартралгия.

- Ревматизмдік полиартриттің ерекшеліктері:
 - ірі буындарды симметриялы түрде зақымдауы;
 - көшпелілігі;
 - қабынуға қарсы емнен тез жойылуы;
 - буындардың қайтымсыз өзгерістерінің болмауы.
-
- Полисерозит — перикардит, пленрит, перитонитпен білінеді.

- **Бүйрек зақымдануы.** Науқастардың 1-3%-да шумақтық капиллярлар өткізгіштігінің уақытша артуынан протеинурия, кейде және гематурия болуы мүмкін. Ревматизмдік нефрит сирек кездеседі.——
- **Өкпенің зақымдануы** интерстициялық пневмония немесе өкпе васкулиті түрінде дамиды.
- **Орталық нерв жүйесінің зақымдануы** көбіне кіші хореймен, менингоэнцефалитпен, серозды менингитпен, бас миы васкулитімен білінеді.
- **Терінің зақымдануы** сақиналық эритема, ревматизмдік түйіндер және түйінді эритемамен білінуі мүмкін.

Ревматизмнің клиникалық көрінісі шабуылдың түріне тәуелді келесі түрлерін бөледі:

- біріншілік
- қайталамалы

Біріншілік ревматизмге тән белгілер:

- көбіне балалық шақта дамуы (20% ғана ересек жастағыларда дамиды);
- көбіне жедел және жеделдеу барыста дамуы (созылыңқы түрде дамуы сирек кездеседі);
- міндетті түрде буын синдромының болуы (50%-да — полиартрит, қалғандарында - жедел артралгиялар түрінде);
- қабынудың экссудаттық компонентінің басым болуы және жиі жүйелі зақымдауы (полисерозит, полиартрит, өкпенің, нерв жүйесінің зақымданулары, т.б.).

Қайталамалы ревматизмге тән:

- көбіне созылыңқы немесе үздіксіз өршу түрінде дамуы;
- өршу белгілерінің көрінісінде кардиттің болуы;
- әр шабуыл сайын жүрек патологиясының біртіндеп өрістеуі, керісінше буын патологиясының басылуы.

Ревматизмнің негізгі асқынулары:

- митральді ақаудан дамитын жыбыр аритмиясы;
- жүрек шамасыздығы;
- тромбоэмболиялар (жүрек шамасыздығымен қатар ревматизмнен болатын өлімнің негізгі себебі).

Активтілігі бойынша

- Активтіліктің максимальды дәрежесінде дерттің жалпы және жергілікті белгілері (дене қызуы биік, қабынудың экссудатты компоненті басым- процесс жедел полиартрит, диффузды миокардит, панкардит, серозит, пневмонит).
- Орташа активтілігінде дене қызуы шамалы биіктейді, қабынудың экссудатты компоненті шамалы.
- Ревматизмдік процестің минимальді активтілігінде шабуылдың клиникалық белгілері өте солғын, болар-болмас.

Ревматизмнің даму барысының 4 түрін айырады:

- Жедел барысы — дерттің көріністері жіті басталып, айқын білінеді және тез қайтады. Шабуылдың клиникалық белгілері әдетте 2-3 айдан аспайды, қайталануға бейім емес. Кабыну процесінде экссудаттық компонент басым және белсенділік дәрежесі биік, полисиндромды және полиорганды болады.
- Жеделдеу барысы — клиникалық белгілер көмескілеу, айтарлықтай айқын емес, ұзаққа созылады. Шабуыл біртіндеп, субфебрильді қызбадан, моноолигоартриттен басталады, бірақ көрінісінде миокардит пен эндокардиттің белгілері басым жүреді. Көбіне шабуыл 3-6 айға дейін созылады және толық басылмай жатып қайталап өршуі мүмкін.

Ревматизмнің даму барысының 4 түрін айырады:

- Созылыңқы барысы — ең жиі түрі, әдетте жүрек ақауы қалыптасқан қайталамалы ревматизмге тән, әйелдерде жиі кездеседі, көбіне моносиндромды түрде (тек жүректің зақымдануымен) дамиды. Шабуылдың ұзақтығы көбіне 6 айдан артық.
- Бүркемелі (латентті) барыс. Бұл жағдайда ревматизмнің басталуы да, дамуы да жасырын жүреді. Активтіліктің субъективті және объективті - клиникалық, функциялық, лабораториялық белгілері білінбейді.

Диагностикасы.

- Ревматизмді ерте анықтау үшін оның клиникалық-иммунологиялық синдромының келесі белгілерін анықтаған маңызды (А.И.Нестеров).
- а) клиникалық белгілері - мұрын-көмекейдің стрептококктық инфекциясынан соң адамның жұмысқа жарамдылығының қалпына тез келмеуі; баспамен ауырғандарда үйреншікті қызметтен шаршау, тершендік, тыныш қалыпта, өсіресе дене қызметінен соң жүректің соғуы; жүрек тұсындағы жағымсыз сезінулер; артралгиялар; тебеттің төмендеуі;
- б) лабораториялық көрсеткіштер: қанда стрептококк антигендерінің табылуы; антистрептококк антиденелер титрінің, ЭТЖ-ның, серомукоидтың жоғарылауы; диспротеинемияның, С-реактивті белоктың пайда болуы.

Жедел ревматизмдік қызбаның диагностикасында қолданылатын Кисел- Джонс критерилері (APR, 2003 ж.)

Үлкен критерилері	Кіші критерилері		А-стрептококктық инфекцияны растайтын белгілер
☐ Кардит	Клиникалық	Қызба Артралгия	Аранның жағындысынан А-стрептококктық культураның анықталуы, А-стрептококктық агтигенді тез анықтайтын тесттің оң болуы Стрептококкқа қарсы антиденер титрінің жоғарылауы антистрептолизина О (АСЛ-О), антистрептогиалуронидазы (АСГ), антидезоксирибонуклеазы и др.
☐ Полиартрит	Лаборатория-лық	Жедел фазалық реакциялардың жоғарылауы: ЭТЖ, С-реактивтік белок	
☐ Хорея			
☐ Сақина тәрізді эритема	Аспаптық	ЭКГ –PR-интервалыны ұзауы, Доплер. ЭхоКГ митралдық және аорталық регургитация белгілері	
☐ Тері асты ревматизмдік түйіндер			

Екі үлкен критеридің немесе бір үкен критеридің және екі кіші критеридің болуы ревматизмдік қызбаны растайды

Ревматизмнің диагностикалық критерийлері

Белгілері		
Үлкен	Кіші	
	Клиникалық	Лабораториялық
Кардит Полиартрит Хорея Сақиналық эритема Теріастылық түйіндер	Болып өткен ревматизмдік қызба немесе жүректің ревматизмдік ақауы. Артралгиялар. Қызба.	Жедел фазалық реакциялар -ЭТЖ-ның биіктеуі, лейкоцитоз, СРБ-ның пайда болуы, ЭКГ-да ұзарған Р(2 аралығы + Болып өткен стрептококтық инфекцияның делелдемелері (АСЛ-0 немесе өзге стрептококтық антиденелер титрінің биіктеуі; көмекейден А топты стрептококтың табылуы; жақында болып өткен скарлатина).

Диагноз үшін үлкен критерийдің екеуі немесе біреуі + кіші критерийдің екеуі және болып өткен стрептококтық инфекция дәлелдемелері жеткілікті.

Антибактериальная терапия острой А-стрептококковой инфекции

Антибиотики	Суточная доза	Длительность лечения, дни
<u>Цефалоспорины:</u>		
<u>цефадроксил</u>	1,0 г в 2 приема	10
<u>Макролиды:</u>		
<u>спирамицин</u>	6 млн ЕД в 2 приема	10
<u>азитромицин</u>	0,5 г в 1-й день, затем 0,25 г в 1 прием	5
<u>кларитромицин</u>	500 мг в 2 приема	10
<u>рокситромицин</u>	300 мг в 2 приема	10
<u>мидекамицин</u>	1200 мг в 3 приема	10
<u>Линкозамиды:</u>		
<u>линкомицин</u>	1,5 г в 3 приема	10
<u>Клиндамицин</u>	600 мг в 4 приема	10

Антибактериальная терапия хронической рецидивирующей А-стрептококковой инфекции

Антибиотик	Суточная доза	Длительность лечения, дни
Амоксициллин/клавуланат (амоксиклав, аугментин)	1875 мг в 3 приема	10
Цефуроксим аксетил (зиннат)	500 мг в 2 приема	10
Линкомицин	1,5 г в 3 приема	10
Клиндамицин	600 мг в 4 приема	10

Ревматизмнің емі

Тағаммен емдеу.

Қолданылатын N 10 емдәм. Оның құрамында белок жеткілікті болуы тиіс; натрийдің, судың мөлшерлер шектеледі. Сонымен қатар рационға көкөніс, жеміс қосқан пайдалы (C витамині мен калий мөлшерін жоғарылату).

Этиологиялық ем

Антибактериальная терапия острой А-стрептококковой инфекции		
Антибиотики	Суточная доза	Длительность лечения, дни
Пенициллины:		
Бензилпенициллин (резистентность до 80%)	1,5-4 млн ЕД (взрослые и подростки)	10
	400000-600000 ЕД (дети)	10
бензатин бензилпенициллин		Первичная и вторичная профилактика РЛ
Амоксициллин	1-1,5 г (взрослые, >12л)	10
	500-750 мг (дети 5-12 л)	10

Қабыну процесінің активтілігін ЖОЮ.

- Қабынуды басуға стероидтық емес қабынуға қарсы дәрмектерді және глюкокортикоидтарды қолданады.
- Көбіне емге қолданатыны индометацин (метиндол), вольтарен (ортофен). Ревматизмнің жоғары, орташа активтілігінде және жедел, жеделдеу барысында индометацин немесе вольтарен тәулігіне 150 мг 1 ай, кейіннен тәулігіне 75мг немесе 50 мг беріледі. Бұларды ревматизмдік полиартритте, хореяда, жеңіл және ауырлығы орташа ревмокардитте қолданады, ал ауыр ревмокардитте жүрек шамасыздығы тыйылған кезден беріледі.
- Ревмокардиттің созылыңқы және рецидивтеуші барысында индометацинді немесе вольтаренді 75-100 мг тәулігіне әлсіз иммундепрессанттармен - аминохинолиндік дәрмектермен (делагил, плаквенил, резохин, хлорохин) тәулігіне 0,2-0,25 г стационардан шыққанға дейін қосып қолданады.
- Ревматизмнің латентті барысында индометацин немесе вольтарен аздау дозада - 50-75 мг тәулігіне аминохинолиндік дәрмектермен (0,2-0,25 г тәулігіне) бірге қолданған жөн.

Аминохинолиндік дәрмектер

- Аминохинолиндік дәрмектер әлсіз иммундепрессанттық әсер етеді және лизосомалардан протеолиздік ферменттердің бөлінуін азайтады. Оларды ревмокардиттің созылмалы түрлерінде (созылыңқы және латентті) қолданады. Делагил 0,25 г күніне 1-2 реттен 6-12 ай бойы. Оның әсері 6 айдан кейін білінеді.
- Ревматизмде қабынуды толық басу үшін қабынуға қарсы емді ауруханадан шыққаннан кейін де ұзақ уақыт (айлар, жылдар бойы) жүргізу қажет.

Глюкокортикоидтарды қолдану.

- Ең жиі қолданылатыш преднизолон төулігіне 20-30 мг 2 ай (емдік өсері білінгенше), содан кейін дозасын 2,5 мг-нан таблеткадан) әр 5-7 күн сайын азайтады. Ем курсы — 1,5-2 ай.
- Преднизолонды тоқтатқаннан кейін емді стероидтық емес қабынуға қарсы дәрмектермен жалғастырады.

Метаболизмдік ем.

- Ревматизмнің комплекстік емінде миокард метаболизмін жақсартатын дәрмектерді қолдану маңызды.
- Рибоксин (инозинмонофосфат)- таблеткада 0,2 г шығарылады, 2 таблеткадан күніне 3 реттен 1 ай беріледі.
- Фосфаден (аденозин-5-монофосфат) -таблеткалық 0,05 г және ампулалық 2% ерітіндісінің 1 мл шығарылады. Күніне 3 рет 2 таблеткадан ішуге беріледі немесе 1-2 мл бұлшық етке 1-2 реттен 20-25 күн салынады.
- Олар миокард метаболизмін, микроциркуляциясын жақсартады, оттегімен қанығуын және энергия түзілуін күшейтеді.
- Пиридоксальфосфат (В6 витаминінің коферменттік түрі) алмасудың 20-дан астам реакцияларына қатысады. Таблетка түрінде 0,01 г шығарылады, күніне 3 рет 1-2 таблеткадан 4 апта ішкізеді.

Симптомдық ем.

- Симптомдық. ем ревматизм асқынуының түріне тәуелді жүргізіледі. Жүрек шамасыздығында салуретик, шеттік вазодиятаторлар, жүректің жиырылу қасиеті күрт төмендесе гликозидтік емес инотроптық заттар (дофамин, глюкагон) қолданылады. Жүрек гликозидтерін (аз мөлшерде) де пайдаланады строфантин, корглюкон, дигоксин).
- Аритмия болса — поляризациялаушы ерітіндіні және аритмияның түріне байланысты антиаритмиялық дәрмектерді қолданады. Санаторлы-курорттық емге жүрек шамасыздығы, аритмия болмаса жібереді.

Диспансеризация.

Ревматизммен ауыратындардың диспансерлік бақылауының негізгі мақсаттары:

- ревматизмдік процестің активтілігін жою;
- қанайналым шамасыздығы бар науқастарға симптомдық ем жүргізу, кардиохирургтармен бірге жүрек ақауларына хирургиялық ем жасау мәселесін қарастыру;
- жұмысқа жарамдылығын анықтау, жұмысқа орналастыру;
- ревматизм өршуінің екіншілік алдын алу шарасын жүзеге асыру.

Диспансерлік бақылауды ревматолог, ал ол болмағанда терапевт жүргізеді.

Алдын алу шаралары.

Біріншілік ревматизмнің дамуын алдын алу мақсатымен жоғарғы тыныс жолдарының стрептококтық инфекциясын емдеу жобасы

Антибиотик	Қолдану әдісі	Дозасы
Бициллин	Бұлшықетке енгізу	дене салмағы 30 кг артық ересек адамдар мен балаларға 1 200 000 Б; дене массасы 30 кг төмен балаларға 600 000-900 000 Б
Феноксиметилпенициллин	Пероральді	250 мг тәулікке 4 реттен 10 күн; кішкене балаларға (дене массасы 20 кг-нан төмен) 125 мг тәулігіне 4 реттен

Екіншілік алдын алу шаралары

- Екіншілік алдын алудың ең басты шарасы - ревматизммен ауырған адамға антибиотикті үнемі енгізу.
- Оның негізгі мақсаты — жоғарғы тыныс жолдарына А топты стрептококк түсетін болса, оны жойып отыру арқылы ревматизм шабуылының алдын алу.
- Екіншілік алдын-алу ревматизмнің рецидивтерін едәуір азайтады.
- Ең тиімдісі - ұзақ әсерлі
- бициллин-5 - 1 500 000 Б «бұлшық етке 3 аптада 1 рет енгізу.

Вторичная профилактика ОРЛ (2001)

Клинические данные	Длительность профилактики (бензатин-бензилпенициллин 2,4 млн.ед в/м 1 раз в 3-4 недели)
РЛ+кардит+порок сердца	10 лет после последнего эпизода, минимально до 40 лет, максимально пожизненно
РЛ+кардит (без порока)	10 лет после последнего эпизода или до 21 года
РЛ без кардита	5 лет или до 21 года
Перенесшие операцию по поводу РПС	Пожизненно

**Назар салып тыңдағандарыңызға
рахмет!**