



Жедел ревматикалық қызба

Орындаған : Сулеймен Т. Б.

Факультет : ЖТД701-2к

Қабылдаған :



Жоспары :

1. ЖРҚ этиологиясы, патогенезі, клиникасы жайында қысқаша мәліметтер.
2. ЖРҚ диагностикасы (зертханалық, аспаптық зерттеулер бойынша).
3. ЖРҚ емдеу принциптері, алдын-алу шаралары.

Жедел ревматикалық қызба (ЖРК)



А-стрептококкті тонзиллиттің (ангинаның) немесе жүрек-тамыр жүйесіндегі айрықша оқшауланған жалғаушы тіндердің жүйелік асқынған ауру түріндегі фарингиттің (ревмокардит), буындардың (көшпелі полиартрит), мидың (хорея) және терінің (сақина тәрізді эритема, ревматикалық түйіншектер) постинфекциялық асқинуы, (молекулярлы мимикрия феномені) адамның бұзылған жасушаларының аутоантигендеріне ұқсас кескінді қиысатын кері белсенділікпен және АГ стрептококкқа ағзаның аутоиммунды жауабына байланысты бейімделген тұлғаларда дамиды (ең алдымен жас кезде, 7-ден 15 – қа дейін)

ЭТИОЛОГИЯСЫ

- А тобының В-гемолитикалық стрептококктары.
- мұрын – жұтқыншақтық стрептококкты инфекциялар және емінің әсерінің жеткіліксіздігі
- үлкен титрларда әртүрлі стрептококкқа қарсы антиденелердің болуы – АСЛ-О, АСТ, АСК, антидезоксирибонуклеаза В (анти ДНК-аза В)
- экзоферменттердің үлкен тобы -стрептолизин О және S және стрептокиназа, шалуронидаза, протеиндер және дезоксирибонуклеаза В
- Стрептопротеиназа.
- Гиалурон қышқылы.



Стрептокактық инфекция

Ферменттері

Токсиндері

Стрептококка қарсы антидене түзілуі

Миокардтың, дәнекер тіннің, антигендік құрылымдары ашылып, бұлардың баяу емес типті гиперсезімталдықтың салдарынан зақымдануы

Миокардқа, дәнекер тінге аутоантигеннің түзілуі

Гранулемалар мен склероздың дамуына әкелетін ұзақ, гиперсезімталдықтың баяу түріндегі иммундық қабыну

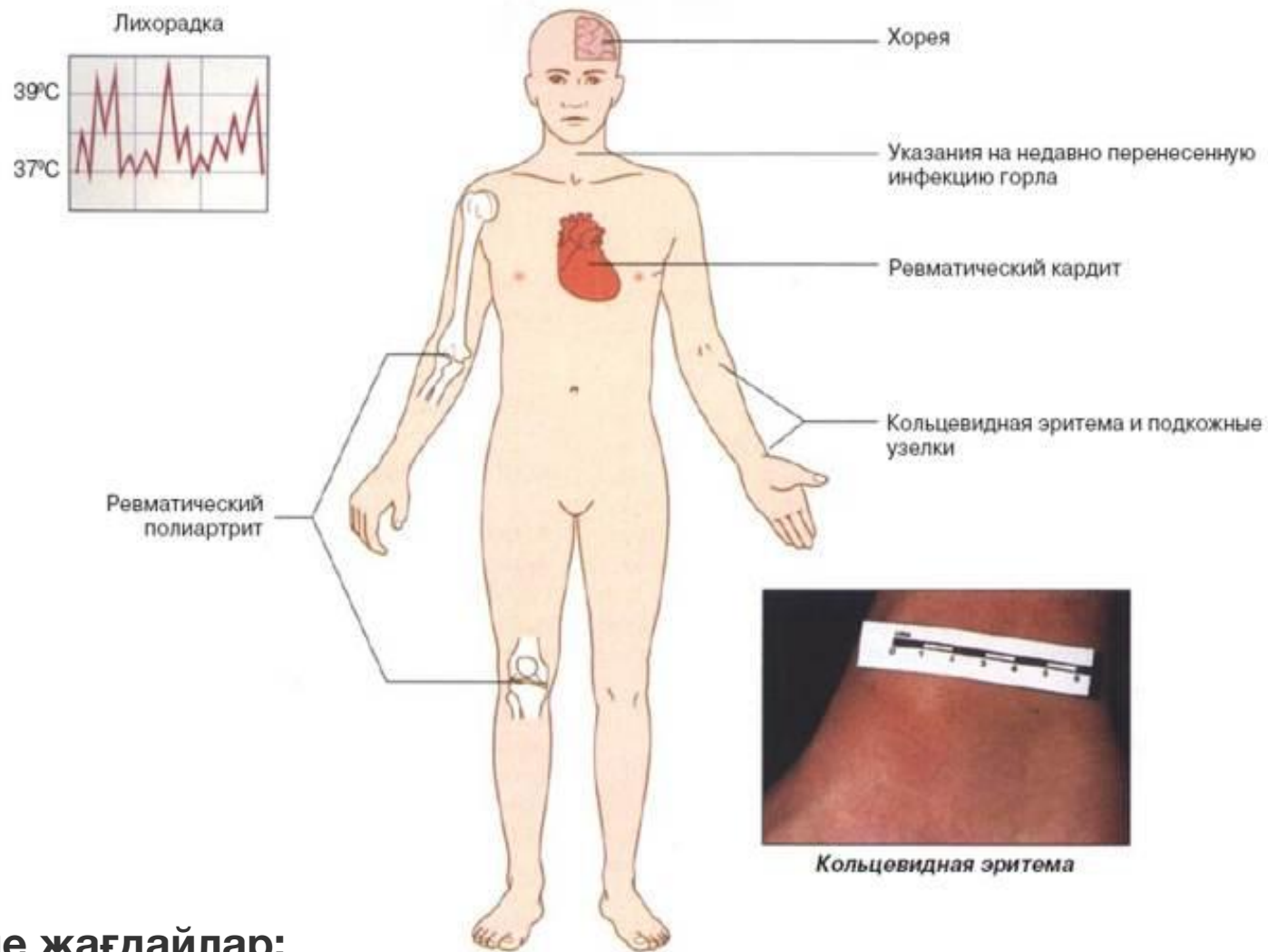
Ревматизм көрінісінің белгілері

Ревматикалық қызбаның классификациясы (АРР, 2003)

Клиникалық вариант	Клиникалық көріністер: негізгі	Клиникалық көріністер: қосымша	Нәтиже	КСВ бойынша ҚБ сатысы	НУНА бойынша ҚБ сатысы
ЖРҚ Қайталмалы ревматикалық қызба	Кардит Артрит Хорея Сақина тәрізді эритема Ревматикалық түйіндер	Қызба Артралгия Абдоминалды синдром Серозиттер	Сауығу Жүректің созылмалы ревматикалық ауру: -ақаусыз -жүрек ақауымен	0 I IIA IIB III	0 I II III IV

ЖРҚ-ның диагностикасында қолданылатын Кисель-Джонсон критерилері (АРР өзгертуімен, 2003)

Үлкен критериялары	Кіші критериялары	А-стрептококкты инфекцияның басталғанын дәлелдейтін мәліметтер
<p>Кардит Полиартрит Хорея Сақиналы эритема Ревматизмдік түйіндер</p>	<p>Клиникалық: -артралгия -қызба</p> <p>Зертханалық: -жедел фазасындағы реактанттардың жоғары деңгейі: ЭТЖ, реактивті белок-С</p> <p>Аспаптық: -ЭКГ-да PR интервалының ұзаруы -доплер-ЭхоКГ-да митральді және қолқалық регургитация белгілері</p>	<p>Оң мәнді А-стрептококкты дақылд арынан алынған Стрептококкқа қарсы антиденелер титрінің жоғарылауы</p>



Ерекше жағдайлар:

Басқа жағдайлардың болмағанда жекешеленген («таза») хорея «Кешіккен» кардит – клиникалық және аспаптық вальвулит синдромының дамуын (>2 ай) уақытына созу (басқа себептер болмағанда) Созылмалы ревматикалық жүрек ауруы болғанда, қайта ӨРҚ.

Шағымдар мен анамнез:

Мектеп және одан кіші жастағы балаларда өткерген ангинадан 2-3 аптадан соң фебрильды сандарға дейін температурасы көтеріп, ірі буындарда симметриялық көшпелі аурулар пайда болады, кардит белгілері (перикардальды ауырулар, ентигу, жүректің қатты соғуы және басқа) Хорея немесе кардит немесе артрит белгілері бар моносиндромды ағым сирек жағдайларда байқалады.

Жасөспірімдерге бара-бара басталу тән: ангинаның клиникалық көрсеткіштері тынышталғаннан кейін субфебральды температура, ірі буындарда артралгиясы, немесе кардиттің шамалы белгілері пайда болады.

Кардиттің ерекше дамуы және АБГС – инфекциясы ЖРҚ қайталануы шабуылмен қоздырылады.


Физикальды зерттеулер:

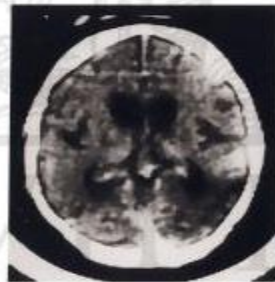
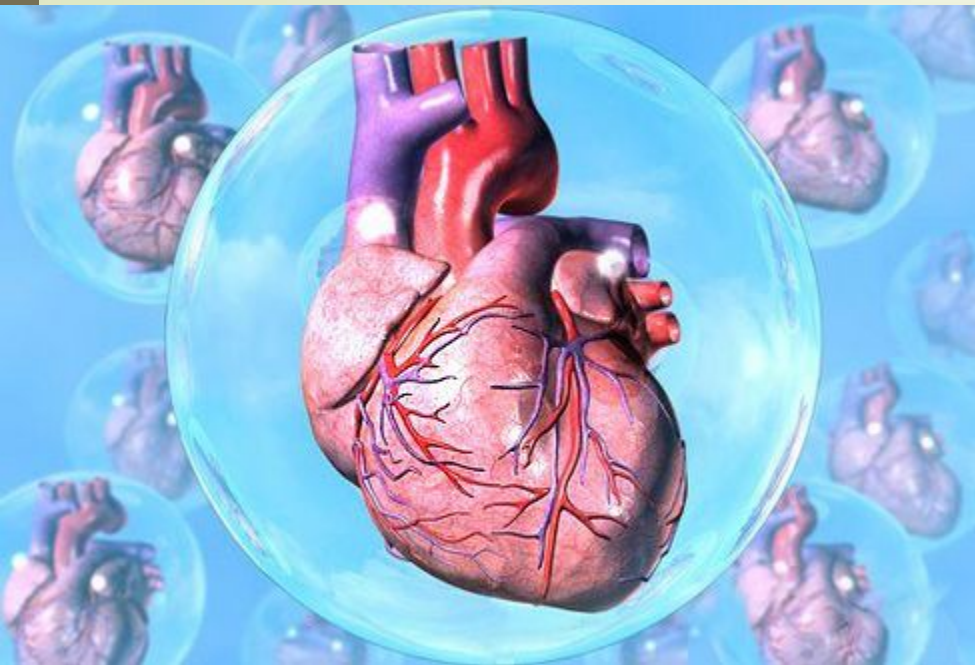
- Температуралық реакция субфебрилден қызбаға дейін құбылып тұрады.
- **Терідегі көріністер:**
- **Сақина тәрізді эритема** (проксимальды аяқ-қолдар бөлімдеріне және денеде сақина тәрізді күлгін-қызыл бөртпе, тек бетке ғана емес, қышыну болмайтын, тері үстінен аспайтын, өзінен кейін із қалдырмайтын) сипатты, бірақ сирек болатын белгі (ЖРҚ жағдайларының 4-17%)
- **Теріасты ревматикалық түйіншектер** (ұсақ түйіншектер, тізе маңайында және сіңір байламдары бар жерлерде, желке сүйегінде немесе шынтақ буындарында) - сипатты, бірақ сирек болатын белгі (ЖРҚ жағдайының 1-3%)



35

36

- 
- **Буындық синдром:** олигоартрит зақымданудың қамтылған түрі, сирек – моноартрит (тізе, табан, шынтақ, шынтақ буындары) сипатталады: буындарды қатыстыратын қатерсіз, асқындалған ұшпалы сырқаттану ауыспалы, БСҚҚД кезде тез шешіледі, өзгеру дамымайды. 10-15% жағдайларда қозғалу шектелмей, саусақпен басып тексергенде ауыру және басқа асқыну симптомдарынсыз полнартралгия анықталады.
- **Жүрек ақауы синдромы:** митральды регургитация, систоликалық шулау, мезодиастоликалық шулаулар (төмен жиілікті), протодиастоликалық шулау, 1/3 жағдайда диагностикаланатын жүрек ақауы.
 - **Кіші хоррея** (аяқ-қол, мимикалық бет бұлшықетінің, бұлшықет тонустың төмендеуі, қозғалудың нақты болмауы дене бұлшықет гиперкинезы (тартылу) - 6-15 жастағы қыздарда кездеседі.

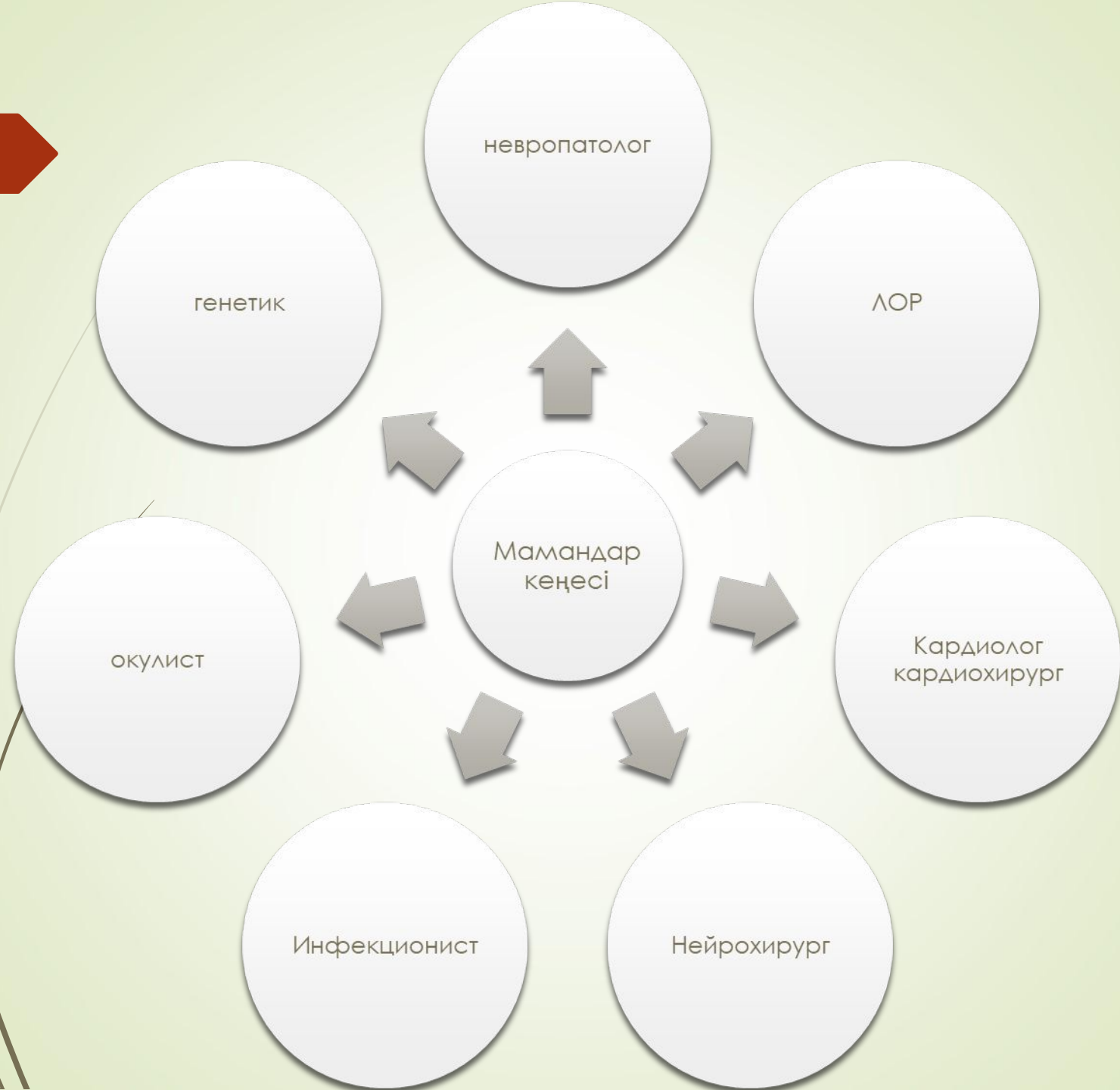


лабораториялық көрсеткіштер:

- Қанның қабыну белсенділігі: ЭТЖ көтерілуі мен жағымды СРА.
- Бактериялық тексеру: АБГС жұтқыншағының сүртіндісінен анықталған.
- Серологиялық зерттеулер: динамикада көтерілген немесе көтеріліп бара жатқан антистрептолизин-О титрлері, антистрептогиалуронидтер мен В антидезоксирибонуклеазалар.

Аспаптық зерттеулер

- ЭКГ: P-Q аралығының ұзаруы;
- Эхокардиография: •
регургитацияның митральды және/немесе аортальды белгілер.
- Бас МРТ: бас миы буындарының васкулитті көрінісі;
- Көз түбін қарау – ангиопатиялар.



Инфекциялық эндокардит

Ерекше белгілер

Жасылдайтын стрептококктын, стафилококктер мен грамтеріс микроорганизмдердің қалыптасуы.

-БСҚҚД тағайындалған кезде ғана толық басылмайтын қызба синдромы.

-анорексия, дене салмағын тез жоғалту, үдемелі әлсіздік сипатталады.

-тұрып қалған қанайналым жетіспеушілігінің белгісі мен жүрек тамырларының деструктивті өзгерулерінің жедел үдемеленуі

- ЭХО-КГ кезде жүрек тамырларындағы вегетация

- позитивті гемовіріндісі.

Бейревматикалық миокардит

Вирусты этиологиясы бар, белсенді және эмоциональды боялған сипатты кардиальды шағыммен, вальвулиттің болмауымен, артритпен және айқын артралгиямен, клиникалық және зертханалық белгілер диссоциациясымен, қабынуға қарсы терапия салдарынан жай динамикамен сипатталады.

Митральды тамырдың идиопатиялық пролапсы

Пациенттердің көбінде жалғаушы жасушалар туа біткен дисплазиясын көрсететін дене пішінінің астениялық түрі мен фенотипиялық белгілері бар (көкірек қуысының құйғыш тәрізді өзгерістер, омыртқаның көкірек бөліміндегі сколиоз, буындардың гипермобильділік синдромы, майтабандылықтың ерте дамуы және басқа).

Постстрептококкті реактивті артрит

Орта жастағы емделушілерде кездеседі, жұтқыншақтың салыстырмалы өткен АБГС –инфекциясы кезінен қысқа жасырын кезеңінде дамиды, ұзақ уақыт аралығында персистелінеді (2 ай шамасында) кардитсіз өтеді және қабынуға қарсы дәрілер терапиясына жеткіліксіз оптималды әсер етеді.

PANDAS синдромы (pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with group A streptococcal infections)[1]

Айқын психиатриялық аспектілерімен, сонымен қатар тек сәйкес стрептококкқа қарсы терапия кезінде психоневрологиялық белгілердің елеулі жылдамырақ және толық қайталануымен сипатталады.

Көшпелі кене эритемасы

Лайм-Боррелиоздың ерте сатысындағы патогномиялық белгісі - бөртпе (сақина тәрізді эритемаға қарағанда) кене тістеген орында дамиды, әдетте үлкен мөлшерге жетеді (диаметрі 6-20 см), жиі бас пен бет маңайында болады (әсіресе балаларда); регионарлы лимфоаденопатия, ызылдау және қышынумен сипатталады

Емі

Емделу мақсаты:

- АБГС эрадикациясы.
- Қабыну үдерісінің белсенділігін басу.
- ЖРА қалыптасуында кардит болған пациенттердің профилактикасы.

Емдеу әдісі:

Дәрі-дәрмексіз емдеу:

- Шектеусіз диета егер пациентті кортикостероидті терапия алмаса (егер кортикостероидті терапия алса ақуызды көбейту, калийді дәрумендерге бай, тұзды шектеу және көмірсулар диетасы тағайындалады [10]).

Дәрі-дәрмекпен емделу:


- А тобының β-гемолитикалық эрадикацияға бағытталған **бактерияға қарсы терапия:**
 - бензилпенициллин 50 000-100 000 БПЛ/кг/тәу 10 – 14 күн барысында
 - феноксиметилпенициллин 40/мг/кг/тәу 3 қабылдау 10 күн
 - амоксициллин 0,125-0,5 г бойынша күніне 3 рет 10 күн
 - амоксициллин/клавуланат 1,875 г 3 қабылдау 10 күн
- Пеницилин дәрілерін көтере алмайтын жағдайда антибиотиктердің ішінен біреуі тағайындалуы көрсетілген, бірінші кезекте макролидтер [4]:
 - азитромицин 10 мг/кг күніне 1 рет, 3 күндік курс
 - спирамицин 1,5-9,0 млн. МЕ күніне 10 күн
 - рокситромицин 5 мг/кг/тәу 2 қабылдауда 10 күн
 - кларитромицин 15/мг/кг/тәу 2 қабылдауда 10 күн
 - цефазолин 20-50-100 мг/кг/тәу
 - цефалексин 50-100 мг/кг/тәу 4 қабылдау 10-14 күн
 - цефуроксим 50-100 мг/кг/тәу бойынша күніне 3-4 рет 10-14 күн
 - цефтриаксон 50-100 мг/кг/тәу
 - цефтазидим 1-6 г/тәу – 10 күн
 - бактерияға қарсы терапия курсынан кейін бициллин-5 мөлшерінде тағайындалады.
 - 600 000-1 200 000 БПЛ мөлшерінде – айына 1 рет немесе экстенциллин сол мөлшерде. тағайындалады.

● **ЖРБ патогенетикалық емдеу** глюкокортикоидтер мен бейстероидты қабынуға қарсы дәрілерді қабылдаумен қорытындылады:

- преднизолон /метилпреднизолон бөлсенділіктің жоғарғы сатысында тағайындалады (40 мм/ч көп ЭТЖ өткенде) күндік мөлшерде 1-2 мг/кг-ға (20-30-60 мг) терапиялық әсерге жеткенге дейін, 2-3 апта барысында, мөлшерлеменің артынан азаюымен (2,5 мг әр 5 – 7 күн) қабылдамауға дейін;
- бейстероидты қабынуға қарсы дәрілер ацетилсалицил қышқылы 60-100 мг/кг-ға, бірақ күніне 2,0 гр. артық емес, немесе индометацин 2-2,5-3 мг/кг/тәулігіне., немесе диклофенак 2-3 мг/кг/тәулігіне., немесе ибупрофен 30-40 мг/кг/тәулігіне, немесе напроксен 10-20 мг/кг/тәулігіне, немесе нимесулид 5 мг/кг/тәулігіне.

Қанайналымының жетіспеушілік белгілері болғанда жүрек гликозидтері мен диуретиктер емдеу жоспарына енгізіледі: жүрек гликозидтері – дигоксин тұрақты мөлшерде 0,008-0,01 мг/кг/тәу 2 қабылдау; диуретиктер: фуросемид 1-3 мг/кг/тәулігіне 3 қабылдау өтумен/немесе спиронолактон 3,3 мг/кг/тәулігіне 2-3 қабылдау.

көрсетімдер бойынша аритмияға қарсы дәрілер: пропранолол 0,25-0,5 мг/кг/стәу 3 қабылдау немесе атенолол 50-100 мг күніне үнемі немесе амиодарон 5-9 мг/кг/тәулігіне 3 қабылдау.



АПФ ингибиторлары: эналаприл 2,5-5-10 мг/тәулігіне (мөлшер жеке тағайындалады) 0,3-1,0 мг/кг/тәулігіне 3 қабылдауда.

Кардиометаболиялық дәрілер – карнитин хлориді 20% р-р, 10-40 тамшы бойынша – күніне 3 рет, инозин 0,4-0,8 грамм. күніне. Осымен бірге кардиометаболиялық тобынан 2 көп емес дәрілер әрі қарай ауыстырылуымен тағайындалады.

Хорея болғанда этиотропты терапияға қосымша тағайындалады [2]:

- фенобарбитал 10-50 мг бойынша күніне 2-3 рет,
- диазепам 2,5-15 мг күніне 2-3 қабылдау,
- бром - бромид натрий дәрілері 0,1-0,5г. күніне 3-4 рет,
- бромкамфора 0,15-0,25 г. күніне 2-3 рет,
- фенибут 0,15-0,25 г. күніне 3 рет, В тобының дәрумендер жиынтығы ішке 1 таблеткадан күніне 2-3 рет.

Біріншілік.

Алдын алу

- Қауіп факторларды анықтау
- АБГС –тонзиллитті мерзімді емдеу
- Инфекция ошағын санациялау
- Иммунокоррекциясы

Екіншілік. Мақсаты – ЖРҚ ауырған адамдарда қайталмалы шабуылдарды және аурудың асқынуын алдын алу. Этиотропты антистрептококкты терапияны бітіргеннен кейін бірден ауруханада бастайды.

- Бензатинбензилпенициллин 3 аптада 1рет б/е 2,4 млн ЕД жыл бойы, әр науқасқа жеке тағайындалады.
- Кардит болмаған (артрит, хорея) ЖРҚ ауырған науқастарға– соңғы шабуылдан кейін кем дегенде 5 жыл немесе 18 жасқа толғанға дейін «Не ұзағырақ» принципі бойынша.
- Жүрек ақауы дамымаған сауыған кардит кезінде – соңғы шабуылдан кем дегенде 10 жыл немесе «Не ұзағырақ» принципі бойынша 25 жасқа толғанға дейін.
- Жүрек ақауы дамыған науқастарға (соның ішінде операциядан кейінгі)– өмір бойы.
- Мерзімді – жылына 2 рет көктемде және күзде 20-күндік СЕКҚЗ курсы, кардиометаболиттер, антиагреганттар, витаминдер.



Пайдаланған әдебиеттер

- Диагностика и лечение внутренних болезней, под ред. Ф.И. Комарова, М., 1998, т.2, с.130-156
- Ішкі аурулар 1 том ,Б.Қалимурзина 2005.
- diseases.medelement.com
- <http://kiai.com.ua>