

Қ.А.Ясауи атындағы халықаралық қазақ-түрік университеті.

СӨЖ

Тақырыбы: Жүректің ревматикалық аурулары

Орындаған: Базарбаева Н.

Қабылдаған: Айдарбекова Д.

Тобы: ЖДП-510

Жоспары:

- ◆ **Кіріспе:**
- ◆ **Негізгі бөлім:**
- ◆ Анықтамасы.
- ◆ Этиологиялық факторлар мен патогенезі.
- ◆ Жіктемесі.
- ◆ Клиникалық көріністері.
- ◆ Дифференцианалдық диагностикасы.
- ◆ Зерттеу әдістері мен емдеу әдістері.
- ◆ **Қорытынды:**
- ◆ **Пайдаланылған әдебиет:**

Зерттеу сұрағы

Жүректің ревматикалық
ауруларына тоқталу.

Мақсаты

- ▶ Жүректің ревматикалық ауруларына тоқталу студенттерге жеткізіп тиімді емдеу жоспарын құру

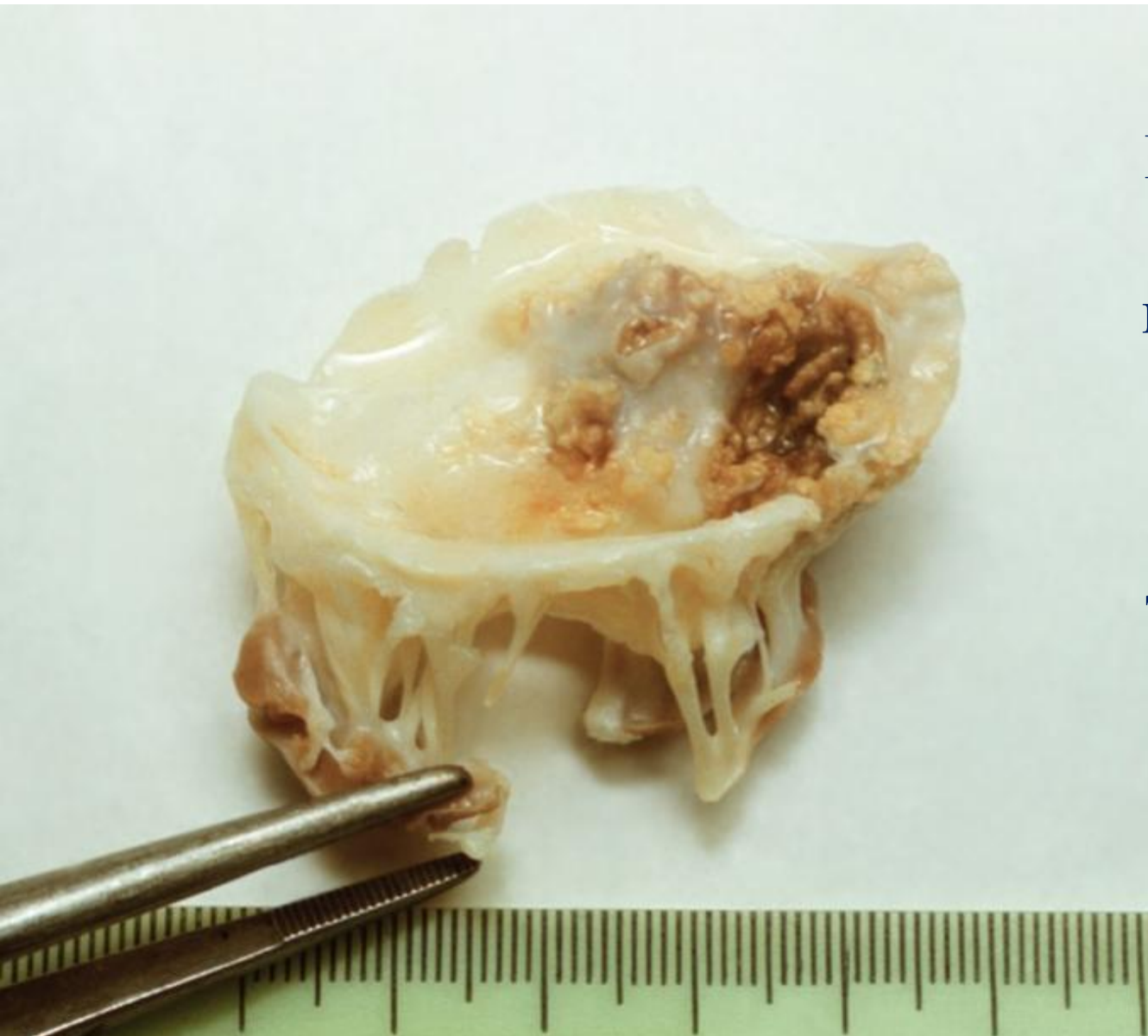
Кіріспе

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

Ревматизм көбіне балалық және жасөспірім шақта, шамамен 7-15 жас аралығында басталады. Бұл ауру туралы тұңғыш зерттеген ғалым Гален. Бұл аурудың негізіне негізгі үш синдроммен жүреді. Полиартрит, кіші хоррея және жүректің қақпалық аурулары

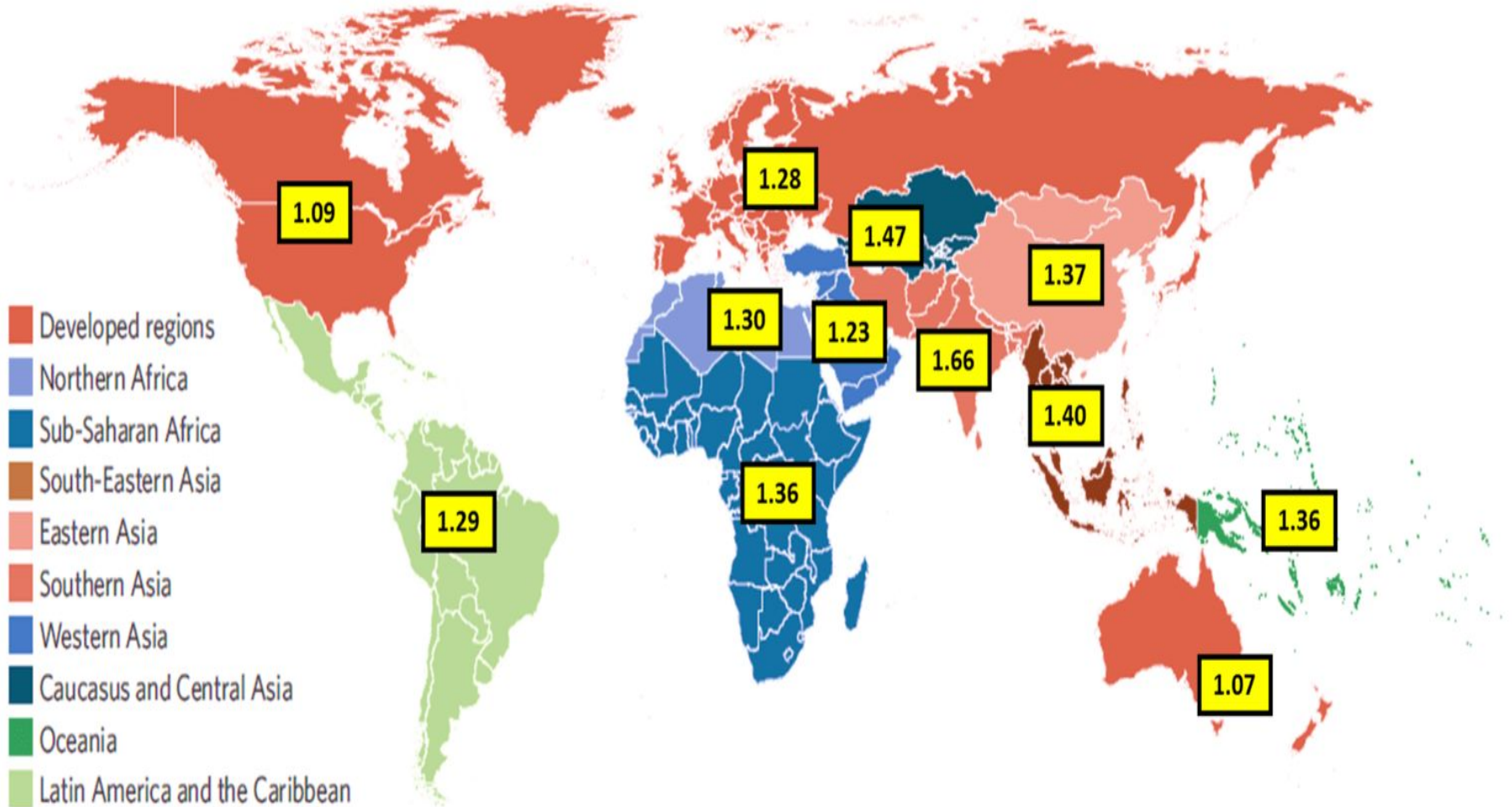
Жіктемесі.

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

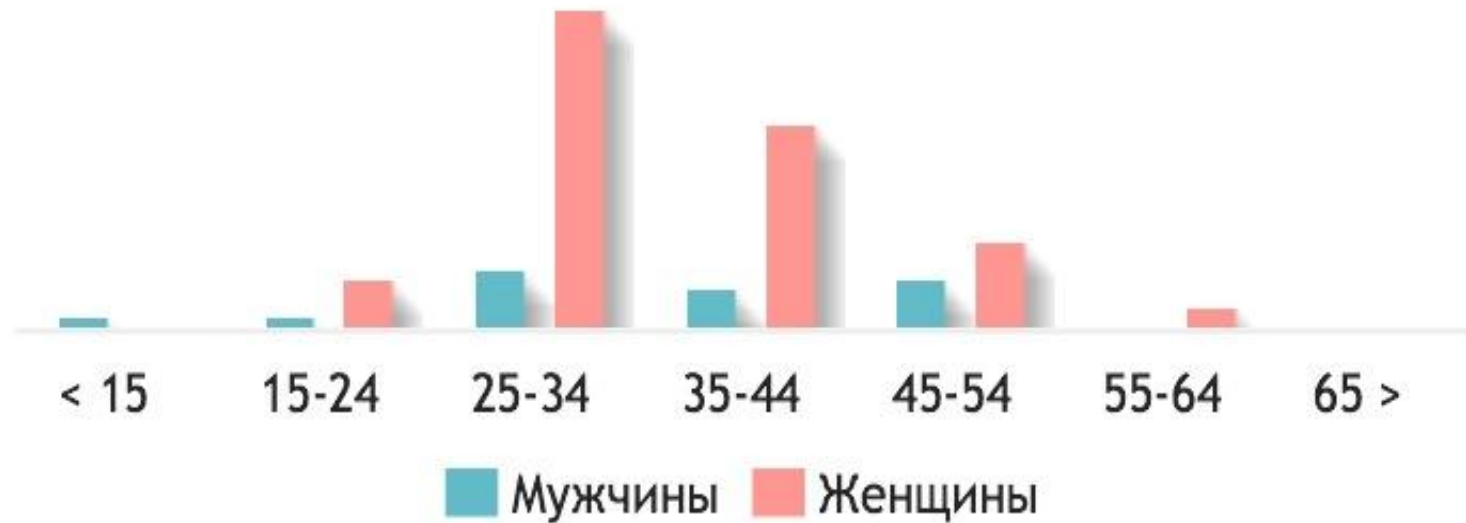


Макропрепарат:
Ревматизмдік ақау
кезіндегі
митралды қақпақ:
қақпақ
жармалары
деформацияланға
н және
кальцинаттар
анықталады.

Дүниежүзілік статистика 2014ж



2010-2012 Дүниежүзілік статистика



Этиологиясы

- ▶ ревматизммен ауыратын адамдардың көмейінен стрептококтың табылуы, қанында стрептококтық антигендердің болуы және стрептококтық антиденелер титрінің биіктігі.
- ▶ осы аурудың, адамның стрептококтық инфекцияға ең жиі шалдығатын кезінде басталуы
- ▶ стрептококқа қарсы дер кезінде жасалатын емнің ревматизм дамуын азайтуы.
- ▶ Стрептококк микробының бойында 20-дан астам антиген, фермент және эндотоксин бар. Солардың ішінде ревматизмге соқтыратын әсері барлары - стрептолизин- О , фибринолизин , гиалуронидаза , стрептодорназа , М- антиген , Т- протеиндер. Ревматизм не болмаса оның рецидивтері көмекей , жұтқыншақ , мұрын қуыстарының қайталанған баспа , фарингит , синусит , жоғары тыныс жолдарының стрептококктік қатарынан кейін , 2- 4 жеті өткенде басталады.

Патогенезі

Стрептококтық
инфекция

Ферменттер

Токсиндер

Стрептококқа қарсы
антиденелердің
түзілуі

Иммундық
комплексдердің
түзілуі

Антиденелердің
түзілуі

Гранулемалар мен
склероздың дамуы

Гиперсезімталды
лықтың
баяулауы

Иммундық
қабыну

Ревматизм
көрінісінің
белгілері

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 дәнекер тіні зақымданады. Оның зақымдануы сатылы жүреді

Патоморфологиясы.



Ревматизмдік қызбаның жіктелуі (АРР, 2003 ж.)

Кл. түрлері	Клиникалық көріністері		Нәтижесі	ҚЖ
	Негізгі	Қосымшы.		
<input type="checkbox"/> Жедел <input type="checkbox"/> Жеделдеу	<input type="checkbox"/> Кардит <input type="checkbox"/> Артрит <input type="checkbox"/> Хорея <input type="checkbox"/> Сақина тәрізді эритема	<input type="checkbox"/> Қызба <input type="checkbox"/> Артралгиялар <input type="checkbox"/> Абдом. с-ом <input type="checkbox"/> Серозиттер	Сауығу <input type="checkbox"/> Жүрек ақауы жоқ <input type="checkbox"/> ЖРА <input type="checkbox"/> Жүрек ақауы бар ЖРА	I II III IV

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

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, біріншілік кардит, ревматизмге тән иммундық бұзылыстар дамиды).
- ▶ 3. Ревматизмнің қайталамалы өршулерінің кезеңі. Дерттің қайталап өршуінен жүрек ақауы, шамасыздығы және организмде аутоиммундық, дистрофиялық процестер қалыптасады.

Клиникалық көрінісі





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.

Диффузды
миокардиттің
көрінісі: жүрек
шамасыздығы
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.

Жүректен тыс белгілердің ең жиі байқалатындары:
полиартрит және полиартралгия.

- ▶ Ревматизмдік полиартриттің ерекшеліктері:
- ▶ ірі буындарды симметриялы түрде зақымдауы;
- ▶ қабынуға қарсы емнен тез жойылуы;
- ▶ буындардың қайтымсыз өзгерістерінің болмауы.

Полисерозит — перикардит, пленрит, перитонитпен білінеді.

Бүйрек зақымдануы.

Өкпенің зақымдануы

Орталық нерв жүйесінің зақымдануы

Терінің зақымдануы

Ревматизмнің клиникалық көрінісі шабуылдың түріне тәуелді келесі түрлерін бөледі

біріншілік

қайталамалы



Ревматизмнің негізгі асқынулары



митральді ақаудан дамидын жыбыр
аритмиясы



жүрек шамасыздығы

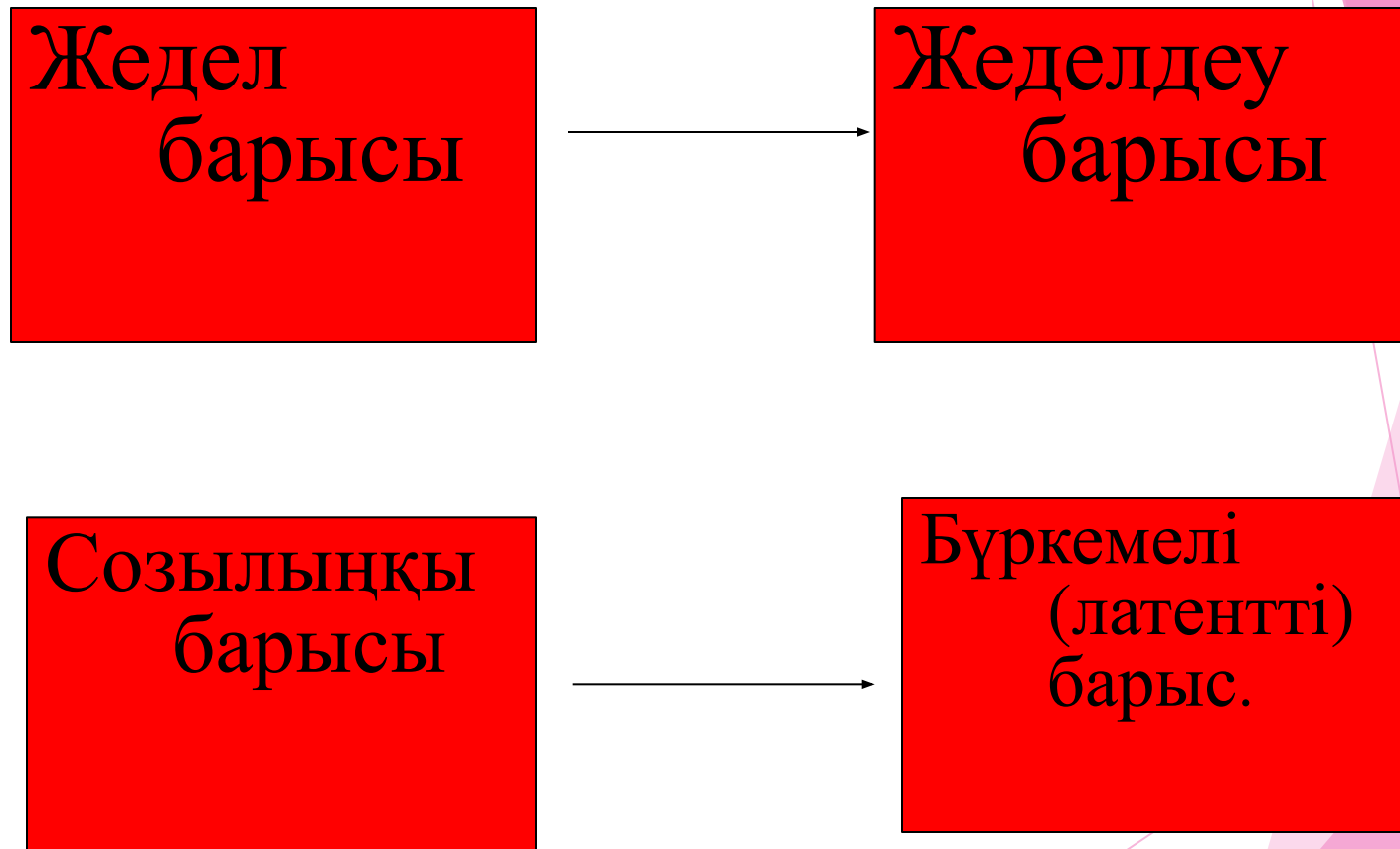


тромбоэмболиялар (жүрек шамасыздығымен қатар
ревматизмнен болатын өлімнің негізгі себебі).

Активтілігі бойынша

- ▶ Активтіліктің максимальды дәрежесінде
- ▶ Орташа активтілігінде
- ▶ Минимальді активтілігінде

Ревматизмнің даму барысының 4 түрін айырады:



Диагностикасы.

- ▶ **Лабораториялық көрсеткіштері:** қанда стрептококк антигендерінің табылуы, антиденелер титрінің, ЭТЖ ның серомукоидтың жоғарылауы, диспротеинемияның, С реактивті белоктың пайда болуы.
- ▶ **Жалпы қан анализі және жалпы зәр анализі.**
- ▶ **Қанның биохимиялық анализі:** жалпы белок фракцияларының пайда болуы, фибриногеннің жоғарылауы.
- ▶ **Иммунологиялық зерттеу:** В және Т лимфоциттерді
- ▶ ЭКГ
- ▶ ЭхоКГ
- ▶ Жүректің рентгенографиясы

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

Үлкен критерилері	Кіші критерилері		А-стрептококктық инфекцияны растайтын белгілер
<input type="checkbox"/> Кардит <input type="checkbox"/> Полиартрит <input type="checkbox"/> Хорея <input type="checkbox"/> Сақина тәрізді эритема <input type="checkbox"/> Тері асты ревматизмдік түйіндер	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.
Лабораториялық	Жедел фазалық реакциялардың жоғарылауы: ЭТЖ, С-реактивтік белок		
Аспаптық	ЭКГ –PR-интервалыны ұзауы, Доплер. ЭхоКГ митралдық және аорталық регургитация белгілері		

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

Ревматизмнің диагностикалық критерийлері

Белгілері		
Үлкен	Кіші	
	Клиникалық	Лабораториялық
<p>Кардит Полиартрит Хорея Сақиналық эритема Теріастылық түйіндер</p>	<p>Болып өткен ревматизмдік қызба немесе жүректің ревматизмдік ақауы. Артралгиялар. Қызба.</p>	<p>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).</p>

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

Дифференциалдық диагностикасы

Ақаусыз біріншілік ревмокардитті ревматизмдік емес миокардиттерден айыру қиынға түседі. Мұндайда біріншілік ревматизмдік миокардитті айыруға көмектесетін клиникалық белгілер:

- ▶ миокардиттің инфекцияның үстінде емес, бірнеше аптадан кейін дамуы. Адамның ширақтығы мен жұмысқа жарамдылығының қалпына тез келмеуі, баспамен ауырғандармен жиі жанасу, үйреншікті қызметтен шаршау, тершеңдік, субфебрилитет, тыныш қалыпта, әсіресе дене қызметінен соң жүректің соғуы, жүрек тұсындағы жағымсыз сезінулер, тәбеттің төмендеуі.
- ▶ Көбіне балалармен жасөспірімдерде дамуы
- ▶ Артрит немесе артралгиямен қатар жүруі
- ▶ Васкулиттің, перикардиттің пайда болуы
- ▶ Стрептококтық антиденелер титрінің биіктеуі
- ▶ Қабынуға қарсы емнің тез әсер еруі

Дифференциалдық диагностиканы буын синдромы бойынша жүргізгенде ревматизмде білезік фалангалық, т.б. Ұсақ буындардың қайтымсыз деформациялану мүмкіндігін ескерту керек.

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

(С 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

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>klarитромицин</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

Қабыну процесінің активтілігін жою.

- ▶ Қабынуды басуға стероидтық емес қабынуға қарсы дәрілерді 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, хорейда, 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 имундепрессанттармен - аминохинолиндік дәрілермен (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 дәрілермен (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.

Қорытынды:

- ▶ Қорыта келгенде ревматикалық қызба ауруы, қазіргі кезде өлім көрсеткіші жағынан бірінші орында деуге де болады. Ол мүгедектікпен де аяқталады. Көбінесе адамдардың қиыншылық кезеңімен бітеді. Көп жағдайда ревматизмді клиникалық жағдай қиындығына қарап диагнозын қоямыз және белсенділігіне баға береміз. Осы аурудың әсерінен жастайынан тез қартаю болуы мүмкін.

Пайдаланылған әдебиеттер:

- ▶ Внутренние болезни. В.И.Маколкин, С.И. Овчаренко Москва “ Медицина“ 1999
- ▶ Внутренние болезни. С.Л. Касенова Алматы, 2005
- ▶ Учебно - методическое пособие Машкунова О.В. Алматы 2008
- ▶ Ішкі аурулар I том Б.Қалимұрзина
- ▶ Интернет: www.google.ru
www.yandex.ru



Ревматизм кезінде клиникалық көрінісі қанша уақыттан кейін көрінеді?



Стрептококкты инфекциядан кейін
2-3 аптадан кейін дамиды



Ревматизм кезінде жүрек
зақымдалуларын атаңыз?





Ревматизмнің диагностикасы?



Жалпы қан анализі (сол жаққа
ығысқан лейкоцитоз, ЭТЖ жоғарылауы)
Қанның б\х анализі (диспротеинемия, С-
реактивті белок, стрептококкқа қарсы АД
титрінің өсуі)
Аңқадан А тобы стрептокогына жағынды ал

Назар салып тыңдағандарыңызға рахмет!