

- **Ревматизмен сырқаттанған балаларды реабилитациялау және диспансерлік бақылау**

# МКБ ЖРҚ(100-102)СРҚ(105-109)

- **Ревматизм** – дәнекер тіндерді, негізінен жүрек-қантамыр жүйесі мен буындарды зақымдайтын жұқпалы-аллергиялық ауру. Аурудың пайда болуы, өршуі А тобына жататын бетагемолитик стрептококк бактериясына және организмнің тұқым қуалайтын ауруларға бейімділігіне байланысты. Ревматизммен негізінен жасөспірімдер (7 — 15 жас аралығындағылар) ауырады.

# Ревматикалық қызбаның клиникалық жіктелуі

## (АРР 2003 г.) [11]

Клиникалық нұсқалары	Клиникалық көріністері		Аяқталуы	НК сатылары	
	негізгі	қосымша		КСВ*	НУНА**
1. ЖРБ	Кардит	Қызба	Сауығу	0	0
2. Қайталанған ревматикалық қызба	Артрит	Артралгии	Созылмалы ревматикалық жүрек ауруы	I	I
	Хорея	Абдоминальды синдром	жүрек ақауынсыз** *	IIA	II
	Сақина тәрізді	Серозиттер	-жүрек ақауымен*** *	IIБ	III
	Ревматикалық түйіншектер			III	IV

**Ескерту:** \* Стражеско-Василенконың жіктеуі бойынша: \*\* НУНА бойынша функциялық топ; ЭХО-КГ көмегімен анықталатын регургитациясыз қақпақша қақпаларының үнемі қабынудан кейін жиелік фиброз болуы; \*\*\* жүрек ақауын алғаш анықтаған кезде мүмкіншілік бойынша оның басқа дамуы белгілерін жою қажет

# Шағымдар мен анамнез:

- Мектеп және одан кіші жастағы балаларда баспадан кейін 2-3 аптадан соң фебрильды сандарға дейін температурасы көтеріп, ірі буындарда симметриялық көшпелі аурулар пайда болады, кардит белгілері (перикардальды ауырулар, ендігу, жүректің қатты соғуы және басқа) Хорея немесе кардит немесе артрит белгілері бар моносиндромды 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 көтеріл тұрады.

- Терідегі көріністер: **Сақина тәрізді эритема** (проксимальды аяқ-қолдардың бөліктерінде және денеде сақина тәрізді күлгін–қызыл түсті бөртпелер шығып, қышынусыз ,өзінен кейін із қалдырмайтын сипатқа ие)

**Теріасты ревматикалық түйіншектер** (ұсақ түйіншектер, тізе маңайында және сіңір байламдары бар жерлерде немесе шынтақ буындарында) - сипатты, бірақ сирек болатын белгі ( ЖРҚ жағдайының 1-3%)

- **Буындық синдром:** жиі олигоартритті зақымдаумен қамтылған, сирек – моноартритпен (тізе, табан, шынтақ, шынтақ буындары) сипатталады.10-15% жағдайларда қозғалысы шектеліп, саусақпен басып тексергенде ауыру және басқа асқыну симпомдарынсыз полнартралгия туындауы мүмкін.

- **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.

# Зертханалық және Аспаптық зерттеулер:

- **Зертханалық тексерулер:**

- Қанның қабыну белсенділігі: ЭТЖ мен СРА белоктың көтерілуі байқалады.

- Бактериялық тексеруде: жұтқыншақтың жағымдсынан В – ГС анықталады.

- Серологиялық зерттеулерде: динамикада көтерілген немесе көтеріліп бара жатқан антистрептолизин-О титрлері, антистрептогиалуронидтер мен

- В антидезоксирибонуклеазалар.

- 

- **Аспаптық зерттеу:**

- ЭКГ: P-Q аралығының ұзаруы;

- Эхокардиография: регургитацияның митральды және/немесе аортальды белгілер.

- Бас МРТ: бас миы буындарының васкулитті көрінісі;

- Көз түбін қарау – ангиопатиялар.

# Диагностикалық іс-шаралардың негізгі және қосымша тізімі:

Стационарлық деңгейде жүргізілетін негізгі (міндетті) диагностикалық зерттеулер:

- 1) ЖҚТ
- 2) Биохимиялық қан талдау (креатинин, жалпы ақуыз, К<sup>+</sup>, Na<sup>+</sup>, АЛТ, АСТ, жалпы және нақты билирубин, глюкоза, СРА, РФ, АСЛО)
- 3) ЖНТ
- 4) КҚЖР
- 5) ЭКГ;
- 6) ЭХО-КГ

## Қосымша зерттеулер

- 1) Биохимиялық қан талдау (лактатдегидрогеназа, кретининфосфокиназа анықтау, К<sup>+</sup>, Na<sup>+</sup>);
- 2) Коагулограмма: БТУ, ПУ, ПТИ, МНО, фибриногенді анықтау;
- 3) ИФТ әдісімен қан сарысуындағы өзгерген цитрулленген виментинге антиденелерді анықтау (Anti-MCV);
- 4) Аантинуклеарлы антиденелерді анықтау (АНА ИФТ әдісімен);
- 5) Экстрагирлеленетін антигенге антиденелерді анықтау (ЭНА ИФА әдісімен);
- 6) Нейтрофилдер цитоплазмасына антиденелерді анықтау (АНЦА ИФТ әдісімен)
- 7) Қан сарысуындағы иммуноглобулинді анықтау (IgG, IgM, IgA);
- 8) Зарарсыздыққа бактериологиялық қан зерттеу;
- 9) Жұтқыншақ жұғындысын антибиотиктерге сезімталдығы мен патологиялық флораға бактериологиялық зерттеу.
- 10) Буындар рентгенографиясы Т.б

# Диагностикалық критерийлер:

ЖРБ диагностикасы үшін 1992 жылы Американдық кардиологиялық ассоциясымен қарастырып, 2003 жылы Ресейдің ревматологтар Ассоциясымен модификацияланған Кисель-Джон критерийлері қолданылады [11].

2-кесте. ЖРҚ диагностикасына арналған халықаралық белгілер

Үлкен критерийлер	Кіші критерийлер	Алдында болған А-стрептококкті инфекцияны растайтын деректер
Клиникалық:		
Кардит	артралгия	Жұтқыншақтан бөлінген позитивті А-стрептококкті өсірінді немесе А-стрептококкті анти денелерді тез анықтау оң тесті немесе АСЛО, анти-ДНК-аза В қарсы стрептококкті антиденелердің А-стрептококкті анти денелердің көтеретілген титрлері
Полиартрит	қызба	
Хорея	<b>Зертханалық:</b>	
Сақина тәрізді Эритема	ЭТЖ;	
Тері астылық рематикалық түйіршектер	СРА.	
	<b>Аспаптық</b> Р-Q-ны ЭКГ-ға аралықты ұзарту допплер – ЭХО-КГ кездегі митральды және /немесе аортальды регургитация.	

# Емдеу тактикасы

**Стационарлық деңгейде дәрі-дәрмекпен емделу:**

**Негізгі дәрі-дәрмектердің тізімі:**

бензилпенициллин 1,0 г (флакон) , феноксиметилпенициллин 250 мг (таблеткалар), амоксициллин 500 мг (капсулалар)

**Стероидты емес қабынуға қарсы препараттар:**

- диклофенак 50 мг (таблеткалар), напроксен 275 мг (таблеткалар)

**Глюкокортикоидтер**

- Преднизолон 5 мг, (таблеткалар), Преднизолон 30 мг (ампулалар)

**Қосымша дәрі-дәрмектердің тізімі:**

**Диуретикалық терапия**

- Фуросемид 40 мг (таблеткалар), Гипотиазид 100 мг (таблеткалар), Верошпирон 25 мг, 50 мг (капсулалар).

**Тамырлық терапия:**

- Пентоксифиллин 2%, 5 мл (ампулалар),

**Гастропротекторлар:** Омепразол 20 мг (капсулалар)

**Гипертензияға қарсы құралдар**

- Амлодипин 5 мг, 10 мг (таблеткалар), Метопролол 50 мг (таблеткалар)

# Ревматизмен сырқаттанған балаларды реабилитациялау және диспансерлік бақылау

- Ревматизмен сырқаттанған балаларды диспансерлік бақылауға алынып участілік дәргерге тіркелінеді
- Ревматизммен сырқаттанған науқастар 3 – ші диспансерлік топқа жаттады.
- Балада ревматикалық жүрек ақауы туындаса диспансерлік есептен алынбайды .
- Диспансерлік бақылауда 5жыл бойы емдеу, рецидив болмаған жағдайда есептен алынады.

- **Мамандарға қаралуы, зерттеу әдістері , бақылау жиіліктері**
- Педиатр – алғашқы 3 жыл аралығында жылына 2-3 рет, кейін жылына 2 рет қаралуы
- Кардиоревматолог –алғашқы 3 ай аралығында әр айсайын 1 рет, кейін 3 айда 1 рет қаралуы
- ЛОР –жылына 2 рет
- Стоматолог -жылына 2 рет
- ОАК, ОАМ- жылына 2-4 рет
- ЭКГ, ФКГ-жылына 2 рет қаралуы қажет
- ЭХО кардиоскопияға- көрсеткіш бойынша

# Профилактикасы

- **Біріншілік профилактика:**
- Ревматиз сырқатының біріншілік профилактикасына жалпы және санитарлы-гигиеналық шара болып , стрептакоккты азайтуға, стрептококкпен күресуге, бөлмені тазарту мен жинастыруға, жеке бас гигиенасын сақтауға және созылмалы инфекция көзін санациялауға бағытталған

## Екіншілік профилактика:

- ЖРҚ-мен сырқаттанған науқастарға аурудың қайта дамуы мен өрушуінің алдын алу және күнділікті ұзақ әсерлі бензатин бензилпенициллин (экстенциллин) антибиотигін тағайындау қажет. Бензатин бензилпенициллин (Эксенциллин):
- Мектеп алды жастағы балаларға.(немесе салмағы 27 кг дейінгі) – 600 000 ЕД. б/е (3 - 4 аптада 1 рет.)
- Мектеп жастағы балаларға (немесе салмағы 27 кг жоғары)– 1 200 000 ЕД. б/е (3 - 4 аптада 1 рет.)
- Жасөспірім мен ересек жастағы балаларға – 2 400 000 ЕД. б/е (3 - 4 аптада 1 рет.)

- Сонымен қоса профилактика мақсатында ретарпен препараттарын қолануға болады.
- Мектеп алды б. 300 000 Ед. б/е (3 - 4 күндк 1 рет.)
- Мектеп жастағы б. 600 000 Ед. б/е (3 - 4 күндк 1 рет.)
- Екіншілік профилактика Ұзақтығы (стационардан басталатын ем шара) әр пациентке жеке тағайындалып, ДСҰ – ның ұсынысымен, ЖРҚ екіншілік шабуылы мен инфекциялық факторды анықтау қажет.

## **Осы факторларға жататындар:**

- - Науқас жасы
- - СРЖА болуы
- - ЖРҚ біріншілік шабуыл уақытынан бастап
- - Алдыңғы шабуыл сандары
- - Отбасылық анамнезінде, СРЖА/ЖРҚ болуы
- - Науқастың әлуметтік –экономикалық және білім статусы
- - Стрептококк инфекциясы тұратын аймақта қауптілігінің жоғары болуы
- - науқастың мамандығы мен жұмыс орны (Мектеп мұғалімдері, дәрігерлер т.б) жатады.

## **Екіншілік профилактика ұзақтығы:**

- а ) Кардитсіз ЖРҚ ауырған науқастарға (артрит, хоррея) - инфекция шабуылынан кейін 5 жылдан кем емес немесе 18-қа дейін жүргізіледі («ары қарай» принципі бойынша).
- б) Кардитпен сырқаттанып емделіп жүрек ақауы туындамаған жағдайда - инфекцияның соңғы шабуылынан кейін 10 жылдан кем емес немесе 25-қа дейін жүргізіледі («ары қарай» принципі бойынша).
- в) Жүрек ақауы бар науқасқа (сомен қоса опротивті емнен кейінде)-өмір бойы

- Дәрігер пациентін әр келген сайын процестің активтілігін анықтап , соған байланысты емді өзгертіп отырады да, ағзасын тугел жүйе бойынша тексеріп нефрит, гепатит, пневмония, тері зақымдалуы, артрит, плеврит, перитонит, жүрек жеткіліксіздігін бар жоқтығын анықтап отырады
- 2 жылда 1 рет кардиохирург кеңесіне барып, жүрек ақауының болуына байланысты операция жасау қажеттілігін анықтау.

- Науқас жылына 1 рет офтальмологқа қаралуы қажет: себебі ревматизмде жиі көзде иридоциклитпен конъюктивит түрінде асқынуы көрніс береді. Сонымен қоса ревматизм жүйке жүйесін зақымдап , хорея, энцефалит, менингоэнцефалит ретінде көрніс беруіне байланысты жылына 1 рет невропатологқа қаралуы қажет . Ревматизмнен тиреоидитін де дамуы мүмкін (қалқанша безінің қабынуы) бұл жағдайда науқаста көздік симптом туындағанда сөзсіз эндокринологқа қаралғаны дұрыс.

- Бүйрек жұмысын бағалау үшін жылына 2 рет жалпы зәр анализін тапсыру қажет .
- Ревматизммен сырқаттанған науқастарға, өкпесінде патология бар жоқтығын анықтау мақсатында жылына 2 рет рентгенологиялық зерттеу қажет .
- Жүрек аққауын анықтау үшін жылына 2 рет фонокардиографиялық зерттеумен эхокардиографиялық тексеру жүргізілу тиіс.

- Ревматизмен сырқаттанған науқастарға уақытылы диагнозды дәлелдеуге және патологиялық жағдайын анықтауға анализдер тапсырып тұру қажет: яғни жылына 4 рет жалпы қан анализін, биохимиялық қан анализін жылына 2 рет (фибриноген, серомукоид, С-реактивті белок, антистрептолизин) Бұл көрсеткіштер ревматизинің активті сатысын көрсетеді.

## **Ревматизмнің активсіз фазындағы науқастарды диспансерлік бақылау**

- Көрсеткіштерге қарай науқасқа жеке дәрігерлердің кеңесі қажет (кардиохирург, невропатолог, уролог, офтальмолог). Жалпы қан анализі мен жалпы зәр анализі жылына 2 рет тапсырады. Кеудеішілік Рентгенография, электрокардиография, фонокардиография жылына 1 рет. Сонымен қоса активтілікті анықтауға жылына 1 рет биохимиялық қан анализ өткізіледі (жедел фазада көрніс беретін көрсеткіштерге: фибриноген, серомукоид, С-реактивті белок, антистрептолизина)

- **РЕАБИЛИТАЦИЯ**

- Жеңілдетілген режим – яғни қосымша сабақтар мен жүктемелерден босату.
- Диета № 10.

- Дене шынықтыруда пәнінде 1 жыл бойы арнайы топта бақыланып, кейін дайындыққа ауысады .
- Санаторлы-курортты ем: Сочи, Кисловодск, Белокурих.

- Мектеп жастағы 6 ай бұрын аурған науқас балалар қосымша сабақтан ,ал рецидивті түрде ауырғандарды үнемі босытады . Жыл соныңдағы экзамендер жеңілдетілген түрде өтеді.
- **Кәсіптік бағыт:** Ревматизмнің активсіз фазасы,клиникалық көрніссіз кезінде еңбек процессіне қарсы факторлар : қолайсыз ауарайлық фактор, физикалық жүктеме, улы заттарды жатқызамыз.

- Тонзилит немесе фарингитпен сырқаттанатын топтағы науқастарға макролидтермен ем жүргізу қажет .
- Кардиотропті препараттар
- Биостимуляторлар. Адаптогендер.
- ЛФК. Массаж.
- Фитотерапия: қызыл жидек жапырығы, көкбұта, лавр жапырағы, түйежапырақ тамыры, түйе бұршақ шөптерімен.
- Тамақты шайқауға сәлбен жапырығы, қырмызгүл, эвкалипт, каланхоэ өсімдіктерінің тұнбаларымен шаю қажет .

- Сырқаттын жедел кезенінде – құрамында салицил қосылымен патогенді әсер ететін шөп қайнатпасын қолдануға болады. Оларға:
- №1: итшомырт қабығы, ақ қайын жапрағы ,жібек тал қабығы.
- №2: қара аю қадам гүлі, ақ қайын жапрағы ,жібек тал қабығы, қалақай жапрағы, желкек тамыры.
- Бұл өсімдік қайнатапасын мөлшері жасына байланысты күніне 3-4 рет ішу қажет.
- ревматикалық полиартрит кезінде :жібек қабығын, дала қырықбуын шөптерін, аққайын жапрағын, қырмызыгүл гүлдерін, арша жемісін, итшомыр қабығын, қалақай жапрағынның қайнатпасын дайындаудауға болады. Бұл тұнбаны әр 2 сағат сайын , жылы күйінде ішу қажет.

# Вакцинация

- Иммунолог қортындысымен вакцинация жасалыынады.