

Жүйелі қызыл жегі

- *Жүйелі қызыл жегі* (системная красная волчанка немесе СКВ)– иммундық реттелудің гендік кемістігінен дамидын, өз тіндеріне қарсы антиденелердің тоқтаусыз түзілуі арқылы аутоиммунды және иммунокомплексті қабынумен жүретін созылмалы полисиндромды ауру.

Этиологиясы

- Ауру нақты себебі анық емес. Бірақ пайда болуында келесідей тұжырымдар бар:
-
- Құрамында РНҚ бар қызылша, қызамық, парагрипп, ДНҚ бар жай герпес, Эпштейн-Барр вирустарына аурудың қанында қарсыденелер табылуы олардың этиологиялық әсеріне меңзейді.
 - Тікелей емес әсері болса да, бастаушы фактор ретінде ұзақ инсоляция, суыққа тоңу, радиация, психикалық немесе физикалық травмалар.

- кейбір дәрілер – антибиотиктер, сульфаниламидтер, тырысу мен гипертензияға қарсы заттар, вакцина мен гамма-глобулиндер.
-
- баланың жасөспірім кезіндегі гормоналдық және иммундық өзгерістер әлсіз әсер етеді.

Патогенезі

- Аурудың өршуі және үдеуі клетка ядросымен әрекет жасай алатын, құрамында антиденелер бар иммундық комплекстерге байланысты. Вирус клетканың ішіне енген кезде антиденелердің патогенетикалық рөлі күшейе түседі. Бұл әрекет клетканы өлтіреді, сөйтіп ядролық детрит қанға түседі. Тіндерде табылатын ядро қалдықтары – гемотоксилин денешіктері ЖҚЖ-нің тек өзіне тән белгі.

Патоморфологиясы.

-
- Аутоиммунды және жүйелі бұзылыстар тіндерде көптеген гистологиялық бұзылыстар береді. Оларды біріктіріп және бөліп қарағанда тіндер мен ағзалардағы аурудың патоморфологиялық көрінісін 4 негізгі құрамға бөлуге болады:
 - *фибриноидтық өзгерістер – дәнекер тініндегі қабыну процестері.*
 - *склероз – фиброздық өзгерістер (артериялар айналасындағы концентрленген қабықтар “пияз қабығы”)*
 - *гематоксин деншіктері – ядро детриттерінің клеткадан сырт орналасқан ерекше көрінісі.*
 - *қантамырлық өзгерістер – тамыр саңылауының тарылуы.*

Клиникалық көрінісі

- Ауру үдемелі ағыммен жүреді. Жедел ағымды ауруда дене қызуы бірнеше күн ішінде жоғары көтеріліп, гектикалық түрмен сипатталады. Сонымен бірге тоңу, қалтырау, ағып терлеу шығады. Бала арықтап кетеді, тіпті кахексия дамиды, қанда едәуір өзгерістер табылады, ағзалар мен жүйелер жұмысының сан-алуан және ретсіз бұзылыстары басталады.
- Аурулардың көбінде тері бұзылыстары айқын: теріде ісіну, инфильтрация, гиперкератозбен білінетін эритема. Күлдіреуікке, некротикалық жараға ауысып, кейін орнында беткейлік атрофиялық із немесе ұялы пигментация қалдыруы мүмкін.

- Теріде аллергиялық көріністер байқалады: мәрмәр тәріздес түс, бөртпе, қан тамырларының бұзылыстары, саусақтар мен алақанда капилляриттер. Бетке шыққан эритема “көбелекке” ұқсас.

• “



- Көбелектің ” денесі мұрын үстіне сәйкес, ал екі қанаты беттің екі жағына орналасады. Эритема тез өшіп, кейде қайта шығып , тұтас болмауы мүмкін.

- Аурудың жиі көрінісіне буындық синдром жатады: өкпелік артралгия, жедел не созылыңқы артрит немесе периартрит. Артритке үлкен және кіші буындар ұшырайды. Кейде миалгиялар мен миозиттер байқалады. Серозит, артрит және дерматит – ауру триадасы деп аталады.



kazMedic.kz
қазақ тіліндегі медицина

көрсеткіш	I дәреже	II дәреже	III дәреже
Дене температурасы	қалыпты	$\leq 38^{\circ}\text{C}$	$\geq 38^{\circ}\text{C}$
жүдеу	аздаған	шамалы	айқын
Тері зақымдалуы	Дискоидты ошақтар	эритема	«көбелек», капиллярит
Перикардит	Адгезиялық	құрғақ	Эксудатты
Миокардит	Кардиосклероз	шамалы	Айқын
Плеврит	Адгезиялық	құрғақ	Эксудатты
Гломерулонефрит	несеп синдромы	нефриттік синдром	нефроздық синдром
Hb, г/л	≥ 120	100-110	< 100
γ - глобулиндер, %	20-23	24-30	30-35
Антинуклеарлық АД, титрі	32	64	≥ 128
LE-клеткалар, 1000 лейкоцитке	Бірен-саран	1-4	≥ 5
иммунофлюоресцентті тест	гомогенді	Гомогенді не перифериялық	перифериялық

Емі

- 1. Жалпы ұсыныстар: психоэмоционалдық стрестерді, инсоляция, қосымша инфекцияларды белсенді емдеу, қажет болса вакцинация, тамақта май және полиқанықпаған май қышқылдарын, кальций мен Д витаминін көп қолдану.
- 2. Дәрілік терапия: Қабынуға қарсы стеридты емес препараттар (ҚҚСЕП)
- Аминохинолинді препараттар
- Глюкокортикоидтар
- Цитостатикалық препараттар.

- Аминохинолинді препараттар. Тері, буын, конституционалдық бұзылыстар кезінде өте әсерлі және өршулердің алдын алуға мүмкіндік береді, сонымен антигиперлипидемиялық әсер етіп тромбоздық асқынуларды жоққа шығарады
- Хлорохин: 0,25-0,5 г/тәул 10-14 күн, ары қарай 0,25 г/тәул бірнеше ай бойы жалғастыру
- Гидроксихлорохин: 3-4 ай 400 мг/тәул, ары қарай 200 мг/тәул. Ең ауыр жанама әсері – ретинопатия
- Плаквинил: 0,2 г x 4-5 раз/күніне ұзақ уақыт бойы несеп синдромын бақылап отыру қажет

- Цитостатикалық препараттар:
 - Азатиоприн және циклофосфамид ішке орташа доза 2-2,5 мг/кг/тәул преднизолонның аздаған не орташа дозасымен бірге қабылдау
-