

АҚ «Оңтүстік Қазақстан Медицина академиясы»
«Педиатрия-1» кафедрасы

Тақырыбы: **Жедел ревматикалық
қызба**

Орындаған : Бейсенова А.М

Факультет : 406-А ЖМқ

Қабылдаған : Мустафина К.А

Шымкент 2019

Жоспары :

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

Жедел ревматикалық қызба (ЖРҚ)

бейімді адамдарда, әсіресе балаларда және жасөспірімдерде дамиды, көбінесе жүректі және буынды зақымдайтын, дәнекер тіннің жүйелі қабыну ауруы түрінде өтетін А топтағы бета-гемолитикалық стрептококкпен шақырылған тонзиллиттің немесе фарингиттің постинфекциялық асқынуы.



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.



Стрептококтық инфекция

Ферменттері

Токсиндері

Стрептококқа 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

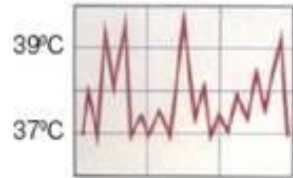
Ревматикалық қызбаның классификациясы (АРР, 2003)

| Клиникалық вариант | Клиникалық көріністер: негізгі | Клиникалық көріністер: қосымша | Нәтиже | КСВ бойынша ҚБ сатысы | NYHA 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 |

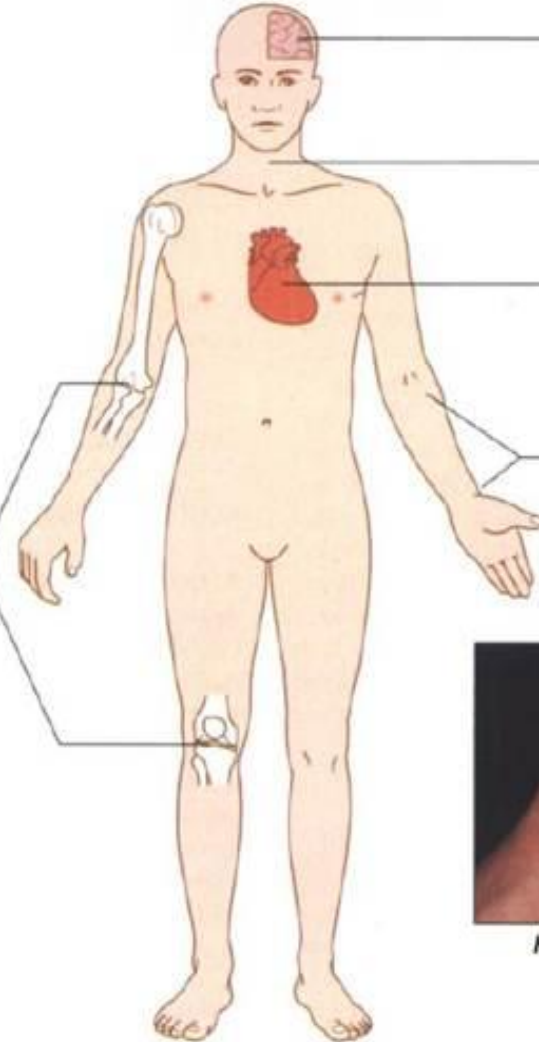
ЖРҚ-ның диагностикасында қолданылатын Кисель-Джонсон критерилері (АРР өзгертуімен, 2003)

| 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> |

Лихорадка



Ревматический полиартрит



Хорея

Указания на недавно перенесенную инфекцию горла

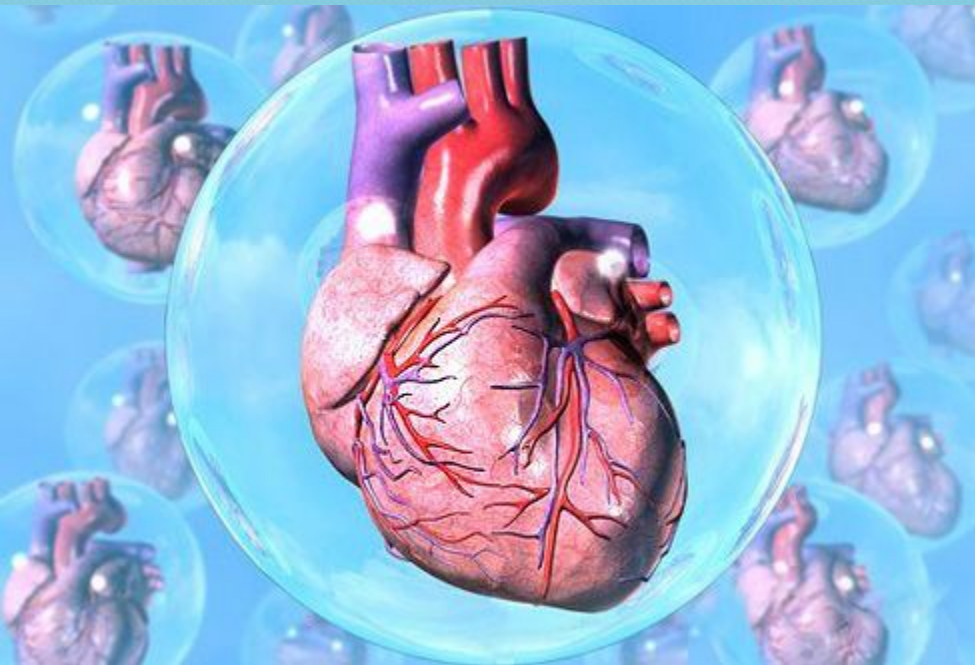
Ревматический кардит

Кольцевидная эритема и подкожные узелки



Кольцевидная эритема

- Негізгі белгілері: кардит, ревмокардит; рентгендік дәлелденген жүрек шекараларының кеңеюі; жүрек ұшындағы систолалық немесе мезодиастолалық шудың болуы; ұйымалы перикардиттің дамуы мен оған тән жүрек конфигурациясы мен шекараларының өзгеруі, перикард үйкеліс шуының пайда болуы мен электрокардиографиялық көрсеткіштер өзгерісі; басқа себептерді жоққа шығарғандағы 25 жасқа дейінгі науқаста немесе жас балада қан айналым жеткіліксіздігінің дамуы.
- Полиартрит пен оған тән буынның ісінуі, қызаруы, ауырсынуы, өозғалысының шектелуі мен ыстық сезімі.
- Хорея, аяқ – қолдар мен беттің мимикалық бұлшықеттерінің еріксіз жиырылуымен сипатталады.



- Тері астылық түйіндер – буын аймағында теріасты клетчаткасында орналасатын, жаңғақ немесе бұршақ үлкендігіндей ауырмайтын, тығыз кіші түзілістер.
- Сақина тәрізді эритема – контуры біркелкі емес, сақина тәрізді қызғылт түсті рецидивирлеуші бөртулер. Кеуденің бүйір бетінде, мойында, аяқ – қолдың жоғарғы жағында, сирек бетте байқалады, балалық, жас өспірім және жас шағында кездеседі. Эритема тұрақты емес, жылы әсерінен көбейеді.



лабораториялық көрсеткіштер:

- лейкоцитоз (нейтрофильді)
- диспротеинемия (ЭТЖ-ның жоғарылауы, гиперфибриногенемия, СРБ-ның пайда болуы, сулық мунапротеиндер, гликопротеиндер
- патологиялық, серологиялық көрсеткіштер: қанда стрептококкты антигеннің болуы, титрдің жоғарылауы АСЛ-О, АСК, АСТ.

Аспаптық зерттеулер

- ЭКГ
- ЭхоКГ жүрек қақпақшаларының патологиясының диагностикасы және перикардитті анықтау үшін қажет.
- Қосымша әдістер диф.диагностикасын анықтау үшін қажет аяқ-қол буындарының рентгенографиясы.

Емі

Медикаментозды емес

- 2-3 апта бойына төсектік режим
- Витаминге, ақуызға бай тағамдарды тағайындау керек.
- Тұздарды және көмірсуларды шектеу.

Медикаментозды ем:

- Антибактериальды терапия: бензилпенициллин б/е 500 мың – 1 млн ЕД тәул. 4 рет (ересектерге және жасөспірімдерге), 100 000-150 000 ЕД тәул. 4 рет (балаларға) 10 күн бойы.
- Бензилпенициллиндерді көтере алмаса - макролидтер, немесе цефалоспориндер тағайындалады.
- Әрі қарай ұзақ әсер ететін бензатинбензил-пенициллиндерді пайдаланады - екіншілік алдын алу режимінде.

- Қабыну үрдісінің белсенділігін тежеу: преднизолон ішке 1-2 рет қабылдауға 20 мг/ тәул. (ересектерге және жасөспірімдерге), 0,7-0,8 мг/тәул. (балаларға) терапевттік нәтижеге жеткенге дейін, орташа шамамен - 2 апта, содан соң дозаны қабылдауды толық тоқтатқанға дейін төмендетеді (курстың жалпы ұзақтығы 1,5-2 ай).
- СЕКҚЗ – стероидты емес қабынуға қарсы заттар
- Кардитпен ауырған науқастарда ЖРА (жүректің ревматикалық ақау) тудыруын алдын алу
- ЖРА бар науқастарда ІЖЖ (ірілдеген жүректің жеткіліксіздігін) компенсациясы.

Хирургиялық ем: жүрек ақаудың және олардың асқынулардың жүрек жеткіліксіздігінің III-IV ,өкпелік гипертензия, сол жақ қарыншаның дисфункциясы, стенокардия, жыпылықты аритмия т.б. сияқты айқын клиникалық көріністер. Операциялық кірістер сипаты ,комиссуратомия, қақпақшалардың протездеу науқастың жағдайына және қақпақшалардың морфологиялық өзгерістердің болуына байланысты жүргізіледі.

Аядын алу

Біріншілік.

- 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 1 рет б/е 2,4 млн ЕД жыл бойы, әр науқасқа жеке тағайындалады.
- Кардит болмаған (артрит, хорей) 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 1том ,Б.Қалимурзина 2005.
- diseases.medelement.com
- <http://kiai.com.ua>