

Жедел ревматикалық қызба



ОРЫНДАҒАН : ҚАДЫЛБЕКҚЫЗЫ А.

608 -ТОП

ҚАБЫЛДАҒАН : ДОСБАЕВА А.М.

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
- Тұқымқуалаушы бейімділігі бар жас адамдарда дамиды
- Әлеуметтік тұрмыс жағдайы төмен
- Монозиготалы егіздерде



Стрептококтық инфекция

Ферменттері

Токсиндері

Стрептококқа қарсы антидене түзілуі

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

Миокардқа және дәнекер тінге аутоантигеннің түзілуі

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

Ревматизм көрінісінің белгілері

Ревматикалық қызбаның классификациясы (АРР, 2003)



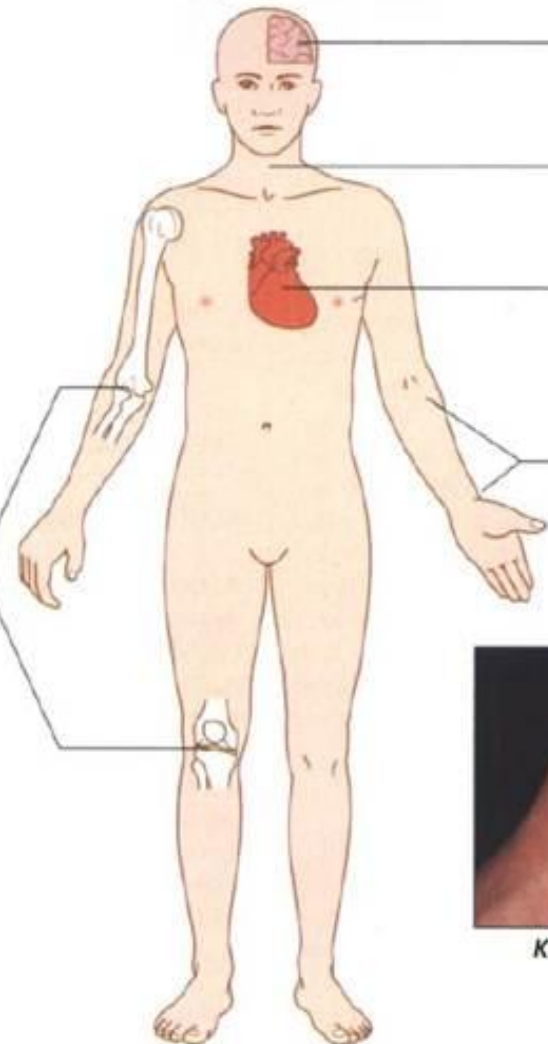
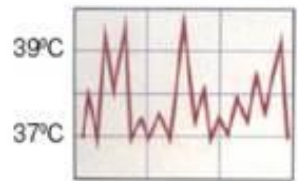
Клиникалық вариант	Клиникалық көріністер: негізгі	Клиникалық көріністер: қосымша	Нәтиже	КСВ бойынша ҚБ сатысы	НУНА бойынша ҚБ сатысы
<p>ЖРҚ</p> <p>Қайталмалы ревматикалық қызба</p>	<p>Кардит</p> <p>Артрит</p> <p>Хорея</p> <p>Сақина тәрізді эритема</p> <p>Ревматикалық түйіндер</p>	<p>Қызба</p> <p>Артралгия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

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



Хорея

Указания на недавно перенесенную инфекцию горла

Ревматический кардит

Кольцевидная эритема и подкожные узелки

Ревматический полиартрит

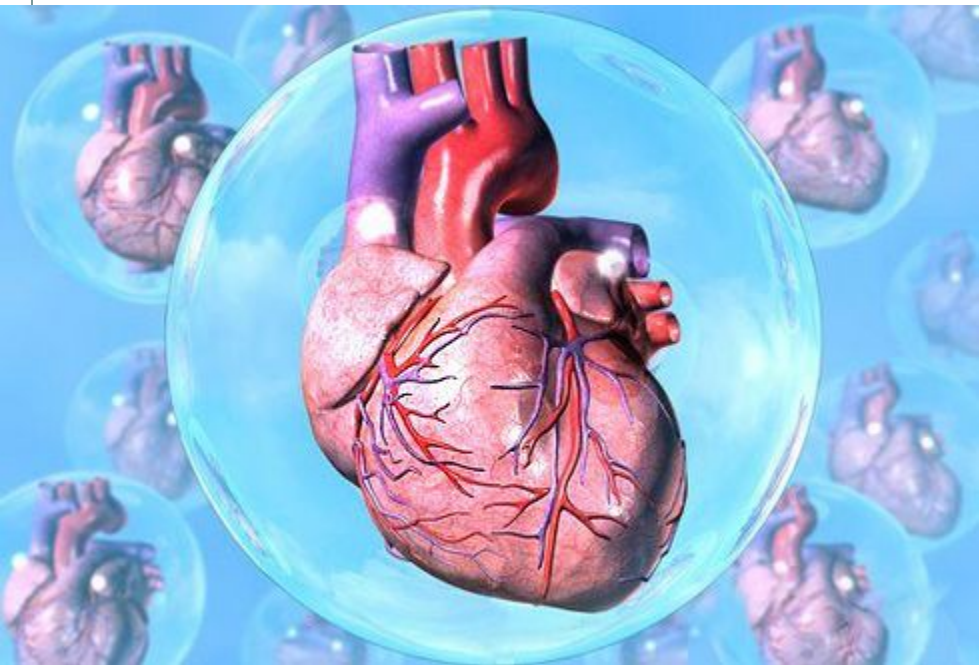


Кольцевидная эритема

Ревматизмнің негізгі синдромдары

1. Кардит - 90%
2. Буын синдромы - 75%
3. Тері зақымдалуы (ревм.түйіндер, сақиналы эритема) – 1-3%
4. Ішкі ағзалар зақымдануы – бүйрек, өкпе сирек, жүйке жүйесі – кіші хорėja – 12-17%
5. Қабыну көрсеткіштері – СРБ, сиал қышқылы, лейкоцитоз, қызба
6. Иммунологиялық синдром (стрептококка қарсы антиденелер титрі артуы)

- 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.



35

36

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.



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).
- СЕҚҚЗ – стероидты емес қабынуға қарсы заттар
- Кардитпен ауырған науқастарда ЖРА (жүректің ревматикалық ақау) тудыруын алдын алу
- ЖРА бар науқастарда ІЖЖ (іркілдеген жүректің жеткіліксіздігін) компенсациясы.

Шабуыл басылғаннан кейінгі науқасты жүргізу



- 1. Поликлиникада кардиоревматолог бақылауында болу
- 2. Мединицанық манипуляциялар алдында (ауыз қуысы, тыныс жолдары, ішек т.б.) – амоксициллин 2млн Б ішу керек – инфекциялық эндокардиттің алдын алу
- 3. Инфекция ошақтарының санациясы
- 4. Жылы, құрғақ жерде жұмыс істеу



- ❑ **Диспансеризация.** Қазіргі кезде ревматизмнің этаптық ем жүйесі қолданылуда: стационар → емхана (ревматолог немесе терапевт) → курорт (жергілікті санаторий).
- ❑ Санаторийде немесе емханада стероидтық емес қабынуға қарсы дәрмектер, аминохинолиндік дәрмектер, бициллин-5-пен емді әрі қарай жалғастырады және реабилитация мен диспансерлеу жүргізіледі.



- ❑ Диспансерлік бақылауды ревматолог, ал ол болмағанда терапевт жүргізеді. Активті фазада науқас жылына 4 рет ревматологқа қаралады.
- ❑ Ревматизмнің активті емес фаза жылына 1-2 рет қаралады.
- ❑ ЛОР-дәрігер, стоматолог - жылына 1 рет, кардиохирург, невропатолог, офтальмолог - көрсетпелер болғанда тексереді. Қанның жалпы анализі жылына 2 рет, қалған зерттеулер (активті дозадағыдай) - жылына 1 рет жасалынады.