

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ

**Акушерия және гинекология курсымен алғашқы
медициналық-санитарлық жәрдем кафедрасы**

КЛИНИКАЛЫҚ ТАЛДАУ

Орындаған: Айдаров М. Н

609 топ ЖТД

Қабылдаған: доцент Бектибаева Н. Ш

СИТУАЦИЯЛЫҚ ЕСЕП

- ▶ **Науқас Ф, 30 жаста, дизайнер, мынадай шағымдары бар: дене температурасының эпизодты түрде субфебрильді санға дейін жоғарылауы, тізе буынының ауру сезімі, бетіндегі бөртпе, аздаған физикалық жүктеме кезіндегі елтігу, жүрек соғысы, қол саусақтарының суыққа салқындауы және көгеруі, айқын жалпы әлсіздік және шаршағыштық, дене салмағын жоғалту (4айда 6 кг).**

▶ **Ауру тарихы.** Науқас өзін 8 жылдан бері аурумын деп санайды. 22 жасында алғаш рет иығында, тізе және шынтақ буындарында ауру сезімі, қолының ұсақ буындарындағы ісіну және ауру сезімі пайда болды. Тексеру кезінде перикардит (перикардта аздаған сұйықтықпен) және протеинурия іздері анықталды. Қойылған диагноз «ревматоидты артрит». СЕҚҚЗ терапия тағайындалған, кортикостероидтар тамырішілік енгізілген. Соңғы жылдары СЕҚҚЗ қабылдауды жалғастырған, басқа ем алмаған. Буындарындағы ауру сезімі эпизодты болған. 2 жылдан соң алғашқы эпилептиформды құрысуды бастан өткізген, соңғы жылдары құрысулар қайталанған *petit mal* типі бойынша. Науқас ұстамаға қарсы клоназепам препаратын қабылдаған. Суыққа қол саусақтарының айқын салқындауы және көгеруі болса да жағдайы қанағаттанарлық күйде қалған. Бірде оң балтырының терең венасынан тромбофлебит анықталған, гепаринмен емделген және жергілікті троксевазин қолданған. Соңғы 2 ай ішінде бетінде эритемалар дене температурасының 37,5 °С жоғарылауымен бірге пайда болды.

Қарап тексеру кезінде жағдайы қанағаттанарлық. Конституциясы гиперстеникалық, жоғары тамақтану. Бойы – 176 см. Салмағы – 77 кг. Бетінде қышынумен және гиперкератозбен эритематозды бөртпелер. Жамбасында және қол терілерінде торлы ливедо. Хейлит. Қатты таңдайдың шырышты қабатында энантема. Жақ астында диаметрі 0,5 см лимфа түйіндері пальпацияланады. Бұлшық еттің күші және тонусы жеткілікті, атрофия анықталмайды. Қарау кезінде буындар өзгермеген, пальпацияда ауру сезімсіз, қимыл-қозғалысы шектелмеген. Жүректің салыстырмалы тұйықтығы сол жағынан сыртқа 0,5 см ығысқан. Жүрек ұшында және семсер тәрізді өсіндіде систолалық шу. ЖСЖ – 100 рет минутына. АҚҚ – 115/85 мм с.б.б. Өкпеде везукулярлы тыныс, сырыл жоқ. ТЖ – 18 рет минутына. Іші қалыпты формалы, пальпацияда – жұмсақ, ауру сезімсіз. Бауыры қабырға доғасы жиегінде, Курлов бойынша өлшемі 11x8x7 см. Физиологиялық шығарылымдар қалыпты.ұрғылау симптомы екі жақтан да теріс. Перифериялық ісінулер жоқ.

- ▶ **Клиникалық қан талдауы:** Нв - 92 г/л; эритроциты - $3,5 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты - $4,2 \times 10^9$ /л, таяқша ядролы- 5 %, сегмент ядролы - 68 %, лимфоциттер - 18 %, моноциттер - 5 %, эозинофилдер - 4 %; тромбоциттер - 229×10^9 /л; СОЭ - 34 мм/с.
- ▶ *Қанның биохимиялық анализі:* глюкоза - 4,8 ммоль/л, холестерин - 4,6 ммоль/л, креатинин - 72 мкмоль/л, мочевина - 4,1 ммоль/л, жалпы белок - 66 г/л, калий - 4,3 ммоль/л, жалпы қан сарысуындағы темір - 10 мкмоль/л.
- ▶ *Қанның иммунологиялық анализі:* криопреципитиндер - +1; антиДНК АД - 54 Ед (N - 20 Ед дейін); титр АНАТ - 1/320, антикардиолипінді АД (IgG) - 94 г/л (N - 30 г/л дейін).
- ▶ *Кумбс сынаması оң:* +3 – суық антигендермен, +4 -жылы.
- ▶ *Жалпы зәр талдауы:* салыстырмалы тығыздығы - 1010, белок - 0,9 г/л, эритроциттер - 6-8 көру алаңында, лейкоциттер - 3-4 көру алаңында, гиалинді цилиндрлер - 3-5 көру алаңында, домалақ цилиндрлер- 2-4 көру алаңында.

▶ **ЭхоКГ:** қолқа тығыздалмаған, кеңеймеген. Сол жақ жүрекше ұлғаймаған. Сол қарынша қуысы кеңеймеген. Сол қарыншадағы миокардтың жиырылу қабілеті қанағаттанарлық. ЛФ – 55 %. Дискинезия аймағы анықталмайды. Қарыншааралық перде және сол қарыншаның артқы қабырғасы қалыңдамаған. Митральді, аортальді және үш жармалы қақпақшаның қатпарлары тығыздалған. Перикард қалыңдаған. Митральді (3-ші дәределі), аортальді (0-1-ші дәрежелі), үш жармалы (2-ші дәрежелі) және өкпелік (1-ші дәрежелі) қақпақшалардың жетіспеушілігі белгілері анықталған.

СҰРАҚТАР:

- ▶ 1. Диагнозды көрсетіңіз.
- ▶ 2. Қандай диагностикалық критерилер диагнозды қоюға негіз болды? Аурудың басталуынан соңғы диагнозды қойғанға дейінгі ұзақ мерзім немен байланысты болды?
- ▶ 3. Осы науқастағы жүрек қақпақшасының зақымдануын немен байланыстыруға болады? Қандай клиникалық және лабораторлы көріністері осы тұжырымды нақтылай алады?
- ▶ 4. Науқастағы эпилептиформды құрысудың дамуын немен түсіндіруге болады?
- ▶ 5. Науқасты әрі қарай жүргізу тактикасы қандай

ЖАУАПТАРЫ

- ▶ **1. Диагноз:** Жүйелі қызыл жегі, созылмалы ағым, активтілігі әлсіз: эритематозды бөртпе, хейлит, энантема, Рейно синдромы, артралгия, адгезивті перикардит, люпус-нефрит, ОЖЖ зақымдануы (эписиндром), гематологиялық (Кумбс-оң анемия) және иммунологиялық бұзылыс, АНАТ «+».

▶ **2. Диагноз негізделіп қойылды:**

- ▶ Күн сәулесінің (фотодерматит) әсерінен дамыған терінің тән зақымдануы;
 - ▶ Адгезивті перикардит, нефрит (протеинурия дәрежесі 0,5г/ тәул көп) белгілері;
 - ▶ ОЖЖ зақымдануы (эписиндром);
 - ▶ Гематологиялық бұзылыстар (аутоиммунды гемолитикалық анемия);
 - ▶ ЖҚЖ-ға тән иммунологиялық өзгерістер (ДНҚ антиденелердің жоғары титрлері болуы, АНАТ және антикардиолипінді антидене).
- ▶ Бұл диагнозбен қоса анамнезінде полиартрит және экссудативті перикардит бар. Осылайша науқаста клиникада 8 критерии тіркелген, 11 анамнестикалық көрсеткіштердің ішінде 9 критеридің болуы (2 артрит және көптеген буындар), сондай-ақ диагнозды қоюға 4 критерии жеткілікті.
- ▶ Өткен аурудың басталуынан диагноз қойылғанға дейінгі уақыттың ұзақ кезеңі ЖҚЖ-ның созылмалы және моносиндромды ағымды (жеке буынды синдром түрінде) болуымен байланысты болуы мүмкін. ЖҚЖ-ға тән типті клиникалық және лабораторлық белгілердің топтамасы аурудың басталуынан 8 жыл өткен соң ғана пайда болды.

- ▶ 3. Бұл науқаста жүрек қақпақшаларының зақымдануы антикардиолипидті антидене мен антифосфолипидті синдромның болуына байланысты болуы мүмкін. Осы концепция пайдасына анамнездік мәліметтер (аяқ балтырларының терең венасының тромбозы) және IgG класына жататын антикардиолипидті антидененің жоғары титрі дәлел бола алады.
- ▶ 4. Ұстамалық құрысулардың дамуы ЖҚЖ бойынша ОЖЖ-ның аутоиммунды зақымдануы және бас миы тамырларының тромбозынан (екіншілік антифосфолипидті синдромның әсерінен) шақырылған болуы мүмкін.

▶ 5. Науқасты әрі қарай жүргізу тактикасы

кортикостероидтардың (преднизолон – 1мг/кг тәулігіне) жоғары дозасын аминохинолинді препараттармен (плаквенил* - 400 мг/тәул) біріктіріп тағайындау болып табылады. Аминохинолинді препараттар мен кортикостероидтардың комбинирленген терапиясы эффект көрсетпеген жағдайда емге циклофосфамидті қосу қажет. Сонымен қатар үнемі антикоагулянтты (варфарин) және антиагрегантты терапия қажет.