

АҚ “Астана Медицина Университеті”

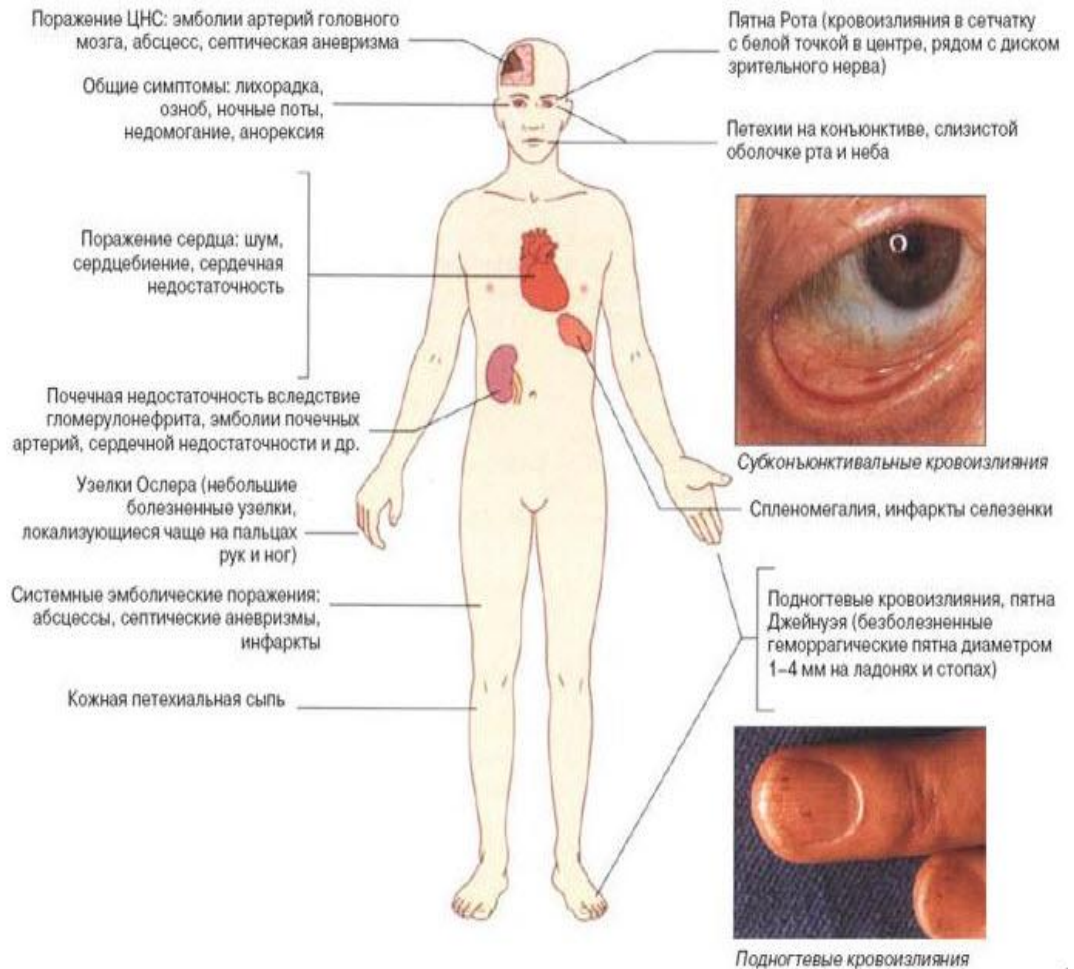
Тақырыбы: *Жас өспірімдердегі жіті ревматизмдік қызба
ағымының ерекшеліктері.*

Орындаған: Естемесова Р.
625топ Педиатрия

Астана 2015 ж.

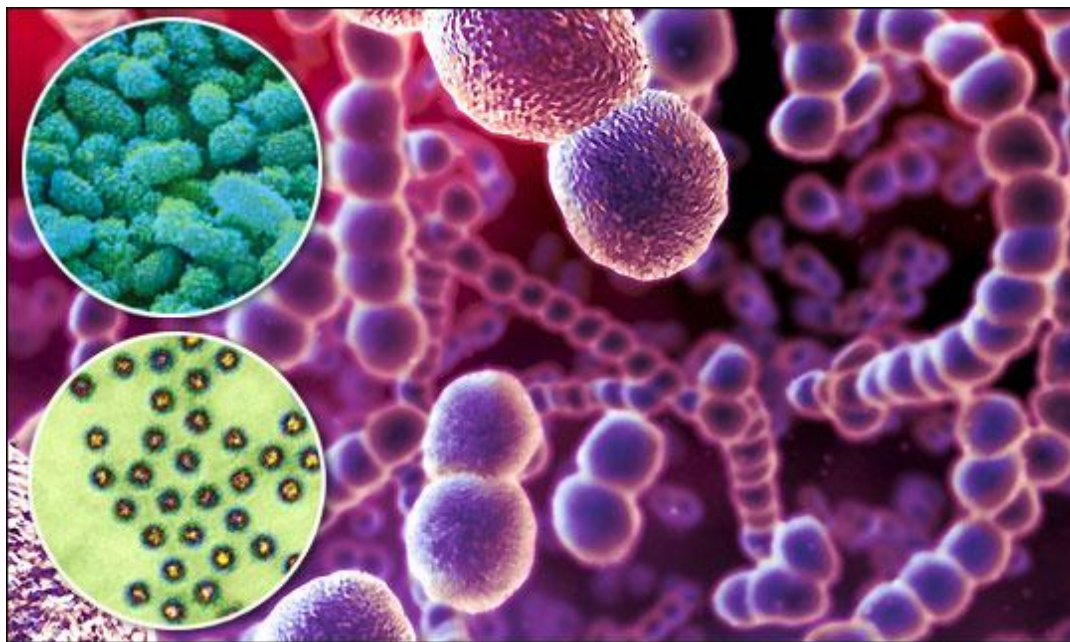
ЖРҚ

Жіті ревматикалық қызба (ЖРҚ)- ревматизмнің бірінші шабуылы. ЖРҚ жасөспірім шақта өз ерекшеліктері бар. Ауру болжамы мен нәтижесі науқасқа қойылған диагноз уақыты мен дұрыс ем басталуына байланысты.



Этиология:

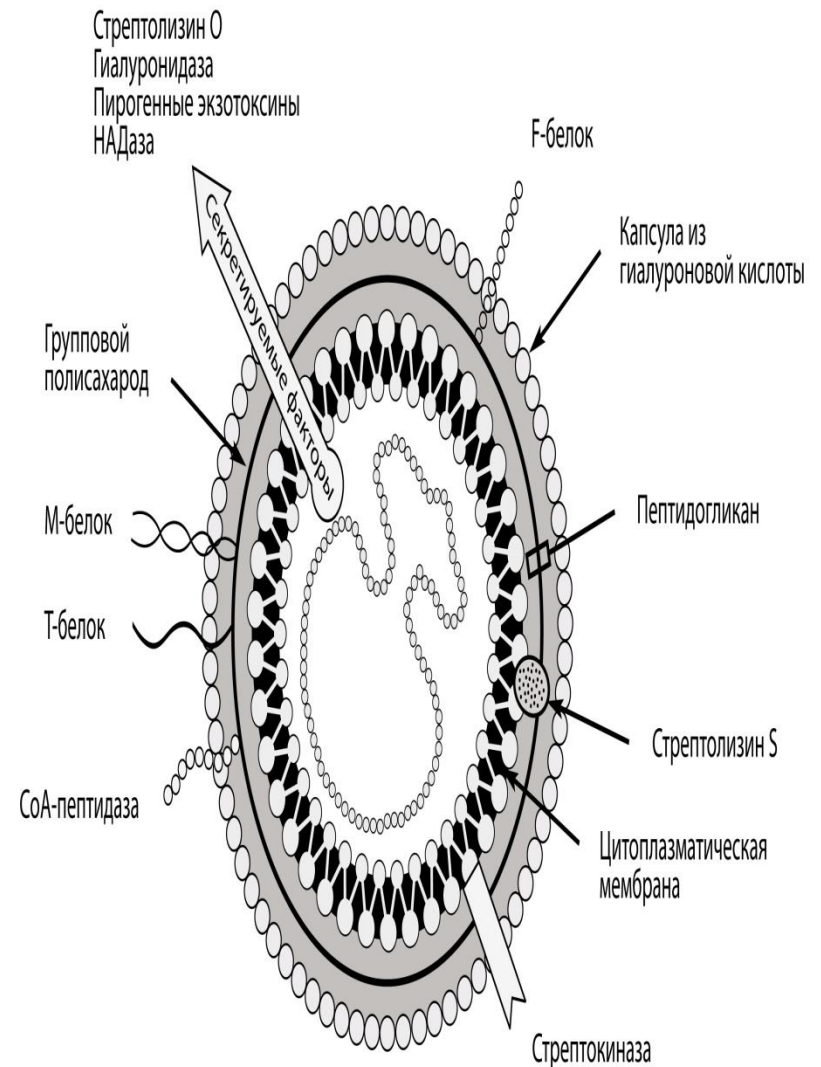
Этиологиясында негізгі роль А тобындағы β -гемолитическалық стрептококк екені дәлелденген. ЖРҚның дамуы жоғарғы тыныс жолдарының инфекциясынан(көбінесе баспа) кейін дамиды. Стрептококк өзінің токсиндері және ферменттері нәтижесінде организмде аутоиммунды қабынуды шақырады.



Патогенез:

Патогенезінде негізгі роль стрептококктың токсиндері байланысты:

- *O-стрептолизин*-термолабильді ақуыз, эритроциттер лизисін шақырып кардиотоксикалық әсер етеді.
- *S-стрептолизин*-жасушалар лизосомасын зақымдайды. Лизосоманың зақымдалуы кезінде бөлінген ферменттер тіңдердің деструкциясын шақырады.
- *M-ақуыз* бактерияның адгезиясын қамтамасыз етеді.
- *Гиалуронидаза*- бактерияның инвазиясына, яғни ары қарай таралуына жағдай жасайды.



ЖРЛді дигностикалауда қолданылатын халықаралық критерийлер

<i>Үлкен критерийлер:</i>	<i>Кіші критерийлер:</i>	<i>Науқастың стрептококкты инфекциямен ауырғанын растайтын көрсеткіштер:</i>
• Кардит • Полиартрит • Хорея • Жүзіктәрізді эритема • Теріастылық ревматикалық түйіндер	<i>Клиническалық:</i> • артралгиялар • қызба <i>Зертханалық:</i> Жедел фазалы реактанттардың жоғарылауы: • ЭТЖ; • СРБ ЭКГ-да Р-Q интервалының ұзаруы	Араңнан алынған жағындыдағы А-стрептококковты культураның оң болуы немесе А-стрептококкты антигенді жедел анықтау тестінің оң болуы; Стрептококка қарсы антиденелер титрінің жоғары болуы немесе жоғарылауы;

Екі үлкен немесе бір үлкен және екі кіші критерийлердің болуы диагнозды растайды.



Жүзіктәрізді эритема
және теріастылық
түйіндер

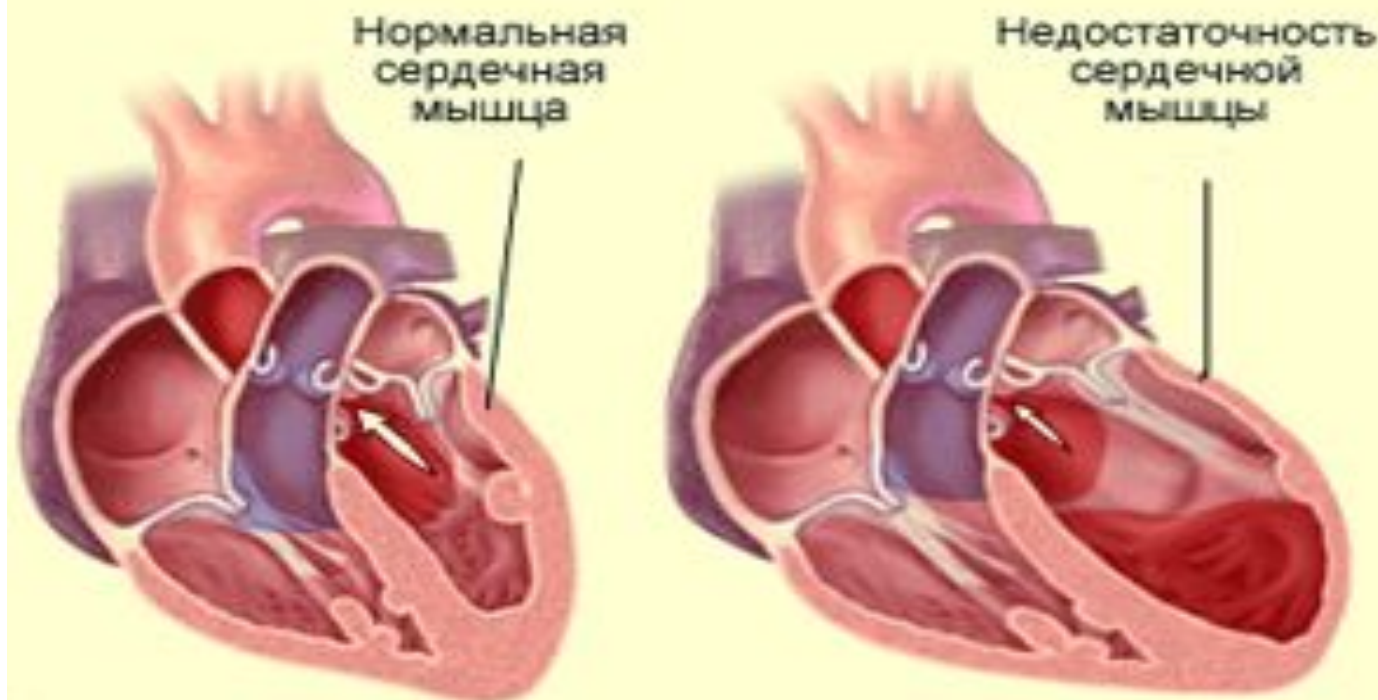
ЖРҚның клиникасы:

ЖРҚ клиникасының жас өспірімдік кезде өз ерекшеліктері бар. Жас өспірімдерде кішкентай балаларға қарағанда *ағымы ауыр*, әсіресе қыз балаларда менструальді функция қалыптасуы кезінде ауырлау жүреді. Бұл жас өспірімдердегі айқын *нейроэндокринді және морфофункциональді өзгерістерге* байланысты. ЖРҚның бірінші шабуылы қызба, интоксикациялық синдром, буындардағы ауру сезімімен жүреді. Ал жасөспірімдерде буын зақымдалуы мүлдем болмауы мүмкін, бұл да диагноз қоюды қиындатады. ЖРҚ кезінде әдетте үлкен және орташа буындар зақымдалады. Жас өспірімдер осы буындармен қатар *қол мен аяқтардың кіші буындары* зақымдалуы байқалады. Егер уақытылы және дұрыс ем жүргізілсе процесс тез арада кері дамуы мүмкін.

Миокардит

- Жүректің әр дәрежедегі зақымдалуы дерлік барлық балаларда дамиды. **Миокардит**- ЖРҚ кезінде дамитын ең жиі жүрек патологиясы. Диффузды миокардит кезінде науқасың жалпы жағдайы ауырлап, тері бозғылттығы, жүрек шекараларының кеңеюі, жүрек ондарының тұйықталуы дамиды. Кейбір кездерде жүрек жеткіліксіздігі дамуы мүмкін. Ревматикалық кардиттің бұндай ағымы 60% жас өспірімдерде орын алады. ЭКГда PQ интерваланың ұзаруы, Т тісшесі амплитудасының төмендеуі, ST сегментінің депрессиясы, реполяризация процесстерінің бұзылысы сияқты өзгерістер көрінеді. Жүрек УДЗ кезінде сол қарыншаның ұлғаюы, жиырылу қабілетінің төмендеуі байқалады.
- 70% жас өспірімдерде процесске эндокард қосылады. Эндокард қабырғалық, клапанды және тотальды болуы мүмкін.

Сердечная недостаточность



Жүрек УДЗ кезінде сол қарыншаның ұлғаюы, жиырылу қабілетінің төмендеуі байқалады.

Кіші хоррея

- Жүйке жүйесінің зақымдалуы кіші хоррея ретінде көрінеді. Жас өспірімдерде кіші хоррея сирек 6-10% жағдайда дамиды. Кіші хорреямен көбінесе қыз балалар зардап шегеді.
- Кіші хоррея үшін симптомдардың триадасы тән:
 - Дистальді гиперкинездер;
 - Бұлшықеттік гипотония;
 - Қимыл-қозғалыстың бұзылыстары.
- Сонымен қатар жас өспірімдерде жиі ОЖЖің (науқастардың $\frac{1}{4}$ нде) васкулит немесе нервтік-психикалық бұзылыстар түрінде зақымдалуы тән.

Клиникалық көріністері:

- Кейбір кездерде 7-10% науқастарда ЖРҚ шабуылы шыңында теріде **жүзіктәрізді эритемалар** байқалады. Әдетте зақымдалған буын үстінде немесе кеуде, бел аймағында орналасады. Бұл элементтер ешқандай іссіз тез жоғалады.
- Теріастылық **ревматикалық түйіндер** жас өспірімдік кезде дерлік байқалмайды.



Қорытынды:

- Кейбір науқастарда жүрек ақауларының қалыптасуы ревматикалық процесстің бициллинопрофилактикадан кейін өршуіне байланысты болуы мүмкін.
- Жас өспірімдерде ЖҚЖ, ОЖЖ зақымдалуымен қатар жүруі олардың бақылаудағы қиындықтарды тудырады. Өйткені оларда көп жағдайларда режим сақтамау, профилактикалық шаралардан бас тарту сияқты неадекватты реакциялар туындауы мүмкін. Осыладың барлығы жас өспірімдер арасындағы жиі 15-20% рецидивтердің себебін түсіндіреді. Балаларда рецидивтер сирек байқалады.

Қолданылған әдебиеттер тізімі:

- Белов Б.С. Острая ревматическая лихорадка: современное состояние проблемы//РМЖ. – 2004. – Т.12, №6. – С. 33 – 42.
- Беляева Л.М., Хрусталева Е.К. Сердечно-сосудистые заболевания у детей и подростков. – Минск, «Вышэйшая школа», 2003. – 385с.
- Беляева Л.М., Лазарчик Л.А., Лазарчик И.В., Кошлячева И.В. Клинико-генетические аспекты острой ревматической лихорадки у детей и подростков//Медицинская панорама. – 2003. - №1. – С.7-10.
- Беляева Л.М., Хрусталева Е.К., Колупаева Е.А., Лазарчик Л.А. Острая ревматическая лихорадка у детей и подростков. Современные представления//Медицина. – 2005. - №1. – С.30-32.
- Детская ревматология: Руководство для врачей/ Под ред. А.А. Баранова, Л.К.Баженовой. – М.: Медицина, 2002. – С.31-63.
- Кузьмина Н.Н. Проблема ревматической лихорадки у детей в начале XXI века// Леч.врач. – 2003 - №3. – С.4-9.
- Насонова В.И. Ревматическая лихорадка (ревматизм): настоящее и будущее// Врач. – 1999. - №5. – С.4-6.